

Rafael Gomez
Revisión de Fatalidad

Informe del Comité de Revisión de Fatalidad
28 de mayo de 2004

Miembros del Comité:

Senador Jerome Delvin, Co-Presidente
Linda Katz, MSW, Co-Presidenta

Yolanda Duralde, M.D.
Nancy Foll
Pat McLaughlin
Senador Joyce Mulliken
Kelly Rosenow
Carlos Saldivar
Toni Sebastian, MSW
Belinda Thompson, CDP
Tomas Villanueva
Paul Wert, Ph.D.
Adam Zuniga

Reconocimiento

El Comité desea agradecer al personal de la Administración Servicios para Niños por su excelente trabajo para asegurar que el Comité recibiera los recursos, documentos y apoyo necesarios para llevar a cabo la revisión.

Nicole LaBelle, Administradora del Programa de CPS, Región 1
Melinda Dourte, Asistente Administrativa, Moses Lake, Región 1

El Comité, asimismo, desea extender su reconocimiento a los asistentes sociales, al personal, a los administradores de la Administración Servicios para Niños y a los voluntarios de la comunidad y proveedores que trabajaron en este caso por haber aceptado ser entrevistados por el Comité. Su participación proporcionó información invaluable y una perspectiva general del caso. Se les agradece a todos ellos.

Índice

Resumen ejecutivo	4 - 8
Revisión general de caso	9 - 14
Análisis de los problemas	15 - 24
Hechos y recomendaciones	25 - 39
Bibliografía	40

Resumen ejecutivo

En diciembre de 2003, la Administración Servicios para Niños (CA) convocó a un comité multidisciplinario de fatalidad para revisar el caso, las prácticas y los sucesos que tuvieron lugar antes de la muerte del menor Rafael Gomez, de dos años de edad, en septiembre de 2003.

A pesar de que es natural y comprensible que se quiera adjudicar la culpa y la responsabilidad por la muerte de Rafael, es el deber del comité de fatalidad evaluar la información, formular preguntas incisivas y realizar recomendaciones que proporcionen orientación, que fortalezcan y, de ser necesario, que corrijan los sistemas cuya misión era salvaguardar la seguridad y el bienestar del menor.

La revisión se centra en el caso Gomez y las determinaciones son específicas a éste. En sus esfuerzos por recolectar la información para dicha tarea, el Comité revisó los documentos en el expediente respectivo, la Guía Práctica para Evaluación de Riesgo de Kids Come First (KCF), las políticas y procedimientos del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS), el informe y la cronología del caso Gomez con fecha 17 de diciembre de 2003 de la Oficina del Defensor de Familias y Niños (OFCO), el informe de revisión de fatalidad de Zy'Nyia Nobles, el informe de revisión de fatalidad de Lauria Grace y diversos artículos y material de referencia. El Comité entrevistó a 16 personas que estuvieron directamente involucradas en el caso Gomez. Estas personas incluyen a los asistentes sociales de CA que fueron asignados al caso en el transcurso de los dos años, los supervisores y los administradores de área de CA, proveedores de servicios de la familia, los padres suplentes, el Fiscal General Adjunto (AAG) que representó al Departamento en la acción de dependencia, el guardián ad litem (GAL), un juez de la Corte Superior y miembros del Equipo de Protección del Menor (CPT) que participaron en el caso de Rafael.

El caso de Rafael Gomez es notable por la participación de proveedores de servicios y profesionales, la frecuencia de las reuniones del CPT, la cantidad de documentación en el expediente y el número de informes de profesionales que trabajaron en el tema. Los supervisores y asistentes sociales de CA adjudicaron particular importancia a la cultura y constantemente realizaron esfuerzos para asegurar que la familia trabajara con proveedores que fueran culturalmente competentes. Los asistentes sociales y proveedores de servicios que trabajaron con la familia eran bilingües y los documentos entregados a la familia estaban escritos en español.

Además de la cantidad de documentación encontrada en este caso, es también notable mencionar que se satisficieron los requisitos de reuniones, visitas al hogar, chequeos sobre la salud y seguridad y revisiones a cargo de supervisores. Se realizó un volumen importante de trabajo sobre este caso; pero es la calidad del mismo lo que está en cuestión. Se pone en tela de juicio que el Departamento haya utilizado análisis y prácticas que resultan satisfactorios si se realiza una evaluación cuantitativa de la tarea desarrollada, pero que cualitativamente no son eficientes. El Departamento debe tener la capacidad de evaluar la calidad del trabajo más allá de las auditorías o revisiones que sólo miden el cumplimiento con los plazos y las actividades requeridas. Este caso pone en relieve que cantidad de trabajo no siempre es equivalente a calidad de trabajo, o seguridad, protección y bienestar de los niños.

Frecuentemente se cita la carga de trabajo como un impedimento y una barrera para obtener calidad en las tareas realizadas. En el caso que nos ocupa la carga de trabajo no representa un problema. El asistente social de CA que trabajó tenía entre 10 y 15 casos. Asimismo, la oficina de Moses Lake estaba en proceso de obtener la acreditación mientras el caso estuvo abierto. Este proceso también pone énfasis en la carga de trabajo y establece el estándar de la carga de trabajo para investigación de la Agencia Protectora de Menores en 15 familias y 18 niños para Servicios de Bienestar de niños (CWS).^{1[1]}

Otro problema que comúnmente se cita en estos tipos de casos es el número de funcionarios que pueden ser asignados a un caso durante el transcurso del mismo. Esto no representó un problema. Se asignaron a este caso dos asistentes sociales de servicios de bienestar de niños (CWS) y un asistente social de la agencia protectora de menores (CPS), este último para investigar las derivaciones durante la vida de Rafael.

Un aspecto posiblemente confuso en este caso es que Rafael parecía ser el único niño que había sido víctima de abuso físico. Maribel Gomez era la madre de █████, █████, █████, Rafael y █████. Jose Arechiga era padre de Rafael y █████ quien nació casi un año después que Rafael. Jose es el padrastro de los tres niños más grandes. Durante los dos años de vida de Rafael, el Departamento nunca se enteró de abuso hacia los otros cuatro niños de la familia. Ésta parece ser la razón por la cual el caso se centró casi en su totalidad en Rafael. Sin embargo, se determinó en esta revisión que el patrón, tipo y cantidad de lesiones que presentaba Rafael, el consumo de drogas de los padres y su participación errática en el tratamiento para la dependencia de estupefacientes representaba un riesgo hacia los otros niños, el cual fue pasado por alto o nunca evaluado adecuadamente. Asimismo, se conocía suficiente información acerca de Rafael como para descartar lesiones accidentales o auto infligidas; las evaluaciones y recomendaciones de los profesionales deberían haber producido un grado importante de preocupación sobre la seguridad de Rafael mientras permanecía bajo la supervisión y el cuidado de sus padres.

Se debe tener en cuenta que el Comité no vio que este caso se haya presentado inusualmente complicado o difícil. El Comité también considera que los controles y balances del sistema eran adecuados, y que las políticas y prácticas requeridas por el Departamento resultaban suficientes. El Departamento fracasó en hacer cumplir y garantizar que se siguieran dichas políticas; que se entrenara a los asistentes sociales conforme la mejor práctica para aplicarla y buscar recursos, y que la seguridad del menor fuera la prioridad.

También es importante hacer mención que los voluntarios de la comunidad en el caso Gomez, quienes asistieron proporcionando los controles y balances articulados en la ley, acordados en contratos y ofrecidos a través de servicios comunitarios, no pusieron la seguridad de Rafael por encima de la reunificación familiar. El Comité reconoce que dichos controles y balances son cruciales para la provisión de los servicios públicos de bienestar de niños. La revisión de este caso deja al descubierto que estos controles y balances son tan vulnerables a los prejuicios, decisiones desacertadas y errores como lo son los asistentes sociales del Departamento, y que los voluntarios de la comunidad, tribunales y proveedores de servicios no sólo deben compartir la responsabilidad del éxito del bienestar de los niños sino también las tragedias.

^{1[1]} Consejo en Estándares de Acreditación (Council on Accreditation Standards) 7ª Edición 1.1, agencia protectora de menores (Sección S10.7.06) y servicios de bienestar de niños (Sección S21.11).

Este caso permanece abierto en CA y el 8 de enero de 2004 una revisión de los registros médicos revela que [REDACTED] recibió tratamiento por una fractura de pierna el 26 de diciembre de 1999. En ese momento [REDACTED] tenía 12 meses de edad y lo vieron tres doctores. Dos de ellos, incluido el médico que evaluó las radiografías, expresaron su inquietud acerca de un posible abuso infantil dado que la fractura era atípica. Una revisión exhaustiva de los registros de CA realizada por personal de dicha agencia, indica que los médicos jamás elevaron un informe sobre esta lesión conforme lo requiere el estatuto de informes obligatorios^{2[2]}.

El Comité identificó lo siguiente como problemas preocupantes en este caso:

Seguridad del menor Vs. Reunificación familiar

La iniciativa KCF, introducida en el otoño del año 2000, presenta cuatro objetivos principales que especificaban que la seguridad del menor debe ser la prioridad más alta para los asistentes sociales de bienestar de niños y que a pesar de que la “reunificación familiar es muy importante para el bienestar del menor, el objetivo primordial de los servicios públicos de bienestar de niños en el Estado de Washington es proteger la seguridad y la exposición al peligro del menor”^{3[3]}.

El énfasis orientado hacia la reunificación puesto en el caso Gomez eliminó la posibilidad de considerar un plan de colocación alternativo o concurrente para Rafael. El objetivo de reunificación lo colocó en peligro de sufrir abuso y lesiones.

Similitudes entre los casos de Rafael Gomez, Zy’Nyia Nobles y Lauria Grace

Los factores que parecen haber contribuido considerablemente a la trágica muerte de Rafael fueron también observados por los equipos de fatalidad que evaluaron las muertes de Lauria Grace en 1995^{4[4]} y Zy’Nyia Nobles en 2000^{5[5]}.

Es sorprendente concluir en que muchos de los problemas que surgieron en las revisiones de fatalidad de los casos de Grace y Nobles son muy similares a los del caso de Rafael. Este informe abordará dichas similitudes, examinará la naturaleza corrosiva de los temas en cuestión y hará recomendaciones sobre lo que se necesita para asistir y cumplir con los sistemas para lograr cambios.

Efectos e impacto de los problemas de dependencia química y salud mental

Los profesionales que proporcionaron la administración del caso y servicios a la familia, incluyendo a los asistentes sociales de CA y los proveedores de servicio contratados, no demostraron comprensión de los indicadores de caracterización y comportamiento relacionados con la adicción, el tratamiento y la recuperación.

La dependencia y adicción a estupefacientes prevalecen en los casos de bienestar de niños y el de Rafael Gomez no es la excepción. El caso se centró en gran medida en el consumo de estupefacientes

^{2[2]} RCW 26.44.030 requiere que las personas obligadas por ley a denunciar la sospecha o la presunción de abuso de niños lo hagan ante CPS o la autoridad legal competente.

^{3[3]} Comunicado de prensa de Kid’s Come First, agosto de 2000.

^{4[4]} Lauria Grace murió en febrero de 1995, mientras su caso estaba abierto con CA. Se convocó a un equipo de fatalidad para revisar y presentar un informe sobre su muerte a CA.

^{5[5]} Zy’Nyia murió en mayo de 2000, mientras su caso estaba abierto con CA. Se convocó a un equipo de fatalidad para revisar y presentar un informe sobre su muerte a CA.

de los padres y aún así la falta de participación y seguimiento del tratamiento recomendado no fueron tomados en cuenta por el trabajador del caso ni por las personas que tomaron decisiones. Tanto los informes verbales como escritos y las evaluaciones de los proveedores de dependencia de estupefacientes claramente indicaban que los padres estaban teniendo dificultad para cumplir con sus planes de tratamiento recomendados. Sin embargo, los informes estuvieron sujetos a la interpretación del asistente social de CWS, quien concluyó en que los padres estaban progresando en el tratamiento.

Se espera de los asistentes sociales de CA conocimiento acerca las dinámicas básicas de la dependencia de estupefacientes y de enfermedades mentales como factores de abuso y negligencia infantil. Ellos no cuentan con la pericia para reconocer o tratar las dinámicas complejas de la dependencia y adicción a estupefacientes ni tampoco es razonable esperar que la tengan. Los profesionales certificados en dependencia de estupefacientes (CDP) trabajan diariamente con los asistentes sociales de CA y están disponibles en todo el Estado.

Los asistentes sociales tampoco tienen la pericia para diagnosticar enfermedades mentales. Ellos utilizan profesionales contratados o independientes para evaluar los asuntos relacionados con la salud mental y luego consideran seguir las recomendaciones de dichos expertos, incorporando la información en el plan de servicio. Este informe examinará diferentes maneras de incrementar y mejorar la colaboración con estos profesionales para poder obtener resultados mejores y más seguros para los niños y sus familias.

Comunicación

Durante el caso Gomez, se generó y recolectó gran cantidad de información. Muchas personas de diferentes instituciones y agencias tuvieron contacto e interactuaron con la familia Gomez; estas personas incluyeron profesionales y para-profesionales, proveedores de servicios y asistentes sociales de CA. En todo el expediente se pueden encontrar evaluaciones, valoraciones, evaluaciones médicas e informes. La información sobre la salud y bienestar de Rafael, sus lesiones, su desarrollo y el progreso de los padres con el plan no se compartió adecuadamente entre los profesionales y las personas que tomaron decisiones en este caso. La información que se compartió no se presentó de una manera lo suficientemente abierta u objetiva y no parece ser que los proveedores de servicios, particularmente los médicos, conocieran las evaluaciones y la información de otros proveedores, lo cual podría haber cambiado sus evaluaciones, opiniones o recomendaciones.

Mientras el caso Gomez permanecía abierto en CWS, CPS condujo investigaciones y la información acerca de dichas investigaciones no parece haber sido incorporada en las decisiones tomadas por CWS. A pesar de ser preocupante, este fenómeno no es inusual cuando los asistentes sociales definen sus responsabilidades y acciones conforme el programa al que pertenecen.

En el caso Gomez, los asistentes sociales de CPS y CWS se definieron estrictamente por sus respectivos programas, siendo el asistente social de CPS el investigador y evaluador de la seguridad y el riesgo, y el asistente social de CWS concentrándose únicamente en el plan de servicio y la reunificación de la familia. Esta marcada definición en las funciones de este caso fue respaldada por los supervisores, quienes consideraron que los programas y las responsabilidades estaban separados en lugar de ver la necesidad de compartir abiertamente la información, colaborar y coordinar sus actividades, compartiendo la responsabilidad de la seguridad y el riesgo de todos los niños Gomez.

No existe una política en CA que requiera de colaboración cuando un niño tiene un caso abierto en CWS y se presenta un informe de abuso o negligencia en contra de ese niño. A pesar de que se

encuentran vigentes en CA reglamentos sobre compartir las decisiones, conferencias de supervisores y otros procedimientos del personal, este caso ejemplifica la importancia de realizar un esfuerzo coordinado entre CPS y CWS cuando haya familias con casos abiertos en ambos programas.

Prejuicio, juicio intuitivo y raciocinio crítico

Como lo demuestran los resultados de las investigaciones en este informe, había más que suficiente información disponible para que surgieran serias inquietudes sobre la seguridad de Rafael en el hogar de sus padres, el cumplimiento de los padres con los servicios ordenados por el tribunal y el plan de reunificación.

El Comité ha observado que el prejuicio en favor de los padres, el cual se menciona en todo este informe, contribuyó significativamente en la manera en que se manejó el caso y en la manera en que se interpretó, observó y presentó la información a otras personas. Toda información que hubiese podido reflejarse negativamente respecto de los padres o pudiera haber puesto en tela de juicio el plan permanente o la reunificación, fue desestimado, recharacterizado o ignorado. Aquellas personas que expresaron preocupación acerca de la seguridad de Rafael, incluidos los padres suplentes y los médicos, fueron descartados o ignorados. El asistente social de CWS no veía o no podía ver a los padres con objetividad y constantemente creyó en las explicaciones y las versiones de los padres por sobre las de otras personas.

A pesar de que está claro que el prejuicio del asistente social era muy fuerte, ¿por qué hubo tantas personas en el caso que se inclinaron de manera similar a apoyar el plan de reunificación a pesar de las serias preocupaciones acerca del origen y la severidad de las lesiones de Rafael? Uno podría aseverar que hubo falta de comunicación de la información. Esto podría ser cierto, no obstante, ¿por qué otras personas que tomaron decisiones en este caso no formularon preguntas fundadas que desafiaran, confrontaran y posteriormente generaran la información que parecía tan necesaria para la toma de decisiones en este caso?

Es evidente en la revisión de las notas del caso, en las cartas escritas en representación de los padres, en los informes y evaluaciones y en las entrevistas realizadas por el Comité, que existió una falta de pensamiento crítico por parte de los asistentes sociales y supervisores del Departamento, el GAL, el Fiscal General Adjunto y los proveedores de servicios respecto de los elementos y factores preocupantes de este caso. Es también evidente que el asistente social de CWS y varios proveedores de servicios asignados al caso de Rafael durante los últimos 12 meses filtraron información, favorecieron constantemente a los padres, vieron a Rafael como el problema y actuaron como defensores de los padres de todas las maneras posibles, incluso respaldando el regreso de Rafael bajo su cuidado. Casi todas las personas entrevistadas por el Comité identificaron la reunificación como su misión.

Este informe examinará los sistemas vigentes que influyen la toma de decisiones en casos de bienestar de niños y ofrecerá recomendaciones que podrían tener un efecto mayor para controlar la poderosa influencia del prejuicio.

Revisión general del caso

El caso de Rafael Gomez comienza en agosto de 2000, aproximadamente un año antes de su nacimiento. El 8/16/00 la madre de Rafael tuvo un accidente automovilístico. Los tres niños mayores

estaban en el automóvil con la madre. Los oficiales de la ley determinaron que la madre estaba intoxicada en la escena del siniestro y se le imputó el cargo de conducir bajo la influencia de sustancia (DUI). Se realizó una derivación a CPS y los tres niños fueron colocados en custodia protectora. La madre negó el incidente al asistente social de CPS que investigó el caso.

Después de una reunión del CPT, los niños regresaron al cuidado de la madre con la condición de que ella participara en un tratamiento. Se derivó a la madre a una evaluación con un proveedor local de tratamiento para la dependencia de estupefacientes. Se determinó su dependencia del alcohol y al consumo de cocaína. Se recomendó tratamiento intensivo como paciente interno (IIP). El caso se cerró a principios de octubre de 2000. La madre no siguió ninguna de las recomendaciones del tratamiento^{6[6]}.

En julio de 2001, CPS recibió una derivación de una asistente social del hospital denunciando que los análisis de la madre habían dado positivo a la cocaína en su tercer trimestre de embarazo. La madre admitió haber consumido cocaína aunque negó un consumo regular. Ella indicó que había estado recibiendo atención prenatal regular en una clínica local. Los registros médicos de la clínica no muestran evidencia de ningún cuidado prenatal. La madre fue admitida en el hospital por preocupaciones sobre su embarazo y fue dada de alta al día siguiente. La madre acordó participar en cuidado prenatal de seguimiento; sin embargo, no realizó esto desde julio hasta el día del nacimiento de Rafael.

El 8/7/01, Rafael Arechiga Gomez nació en casa dentro de un automóvil. La madre y Rafael fueron trasladados al hospital en una ambulancia. Jose Arechiga estaba ahora viviendo con la familia.

Rafael nació en término, pesó 7 libras 2 onzas y midió 20 pulgadas de largo. Los resultados de sus análisis al nacer fueron positivos a la cocaína y metanfetaminas. Estuvo en el hospital por tres días. Las pruebas de rutinas para recién nacidos fueron normales. Rafael presentó ictericia leve por un par de días después de nacer pero no requirió tratamiento. Se notó que presentaba manchas mongolianas en la espalda y nalgas.

Después de ser dado de alta del hospital, se colocó a Rafael en un hogar suplente con los padres suplentes G que cuidaron de él durante sus primeros diez meses de vida, excepto por un período breve en el cual se trató una colocación con parientes. Este fue el primer recién nacido con exposición a las drogas que los padres suplentes G habían cuidado y tuvieron que adaptarse a esto.

Rafael recibió una vasta atención médica durante su vida y mientras estuvo al cuidado de sus padres suplentes recibió regularmente los chequeos de rutina. Los registros médicos de este período indican que Rafael exhibió síntomas que muy probablemente estuvieron relacionados con la exposición prenatal a las drogas. Era sensible al estímulo y con frecuencia estaba molesto. A las seis semanas de vida se notó que tenía cólicos. Estos signos se apaciguaron y la salud de Rafael se estabilizó. Los proveedores de atención médica indicaron que su desarrollo era normal.

El 8/7/01 se realizó una audiencia de cuidado en albergue para colocación por 30 días. El plan permanente de Rafael era la reunificación con sus padres, quienes acordaron completar los servicios

^{6[6]} La información en este informe sobre las evaluaciones de dependencia a estupefacientes y el cumplimiento con el tratamiento se extrajo del expediente del caso. El proveedor del tratamiento rehusó ser entrevistado citando la ley 42 CFR de regulación federal sobre confidencialidad.

incluyendo evaluaciones y tratamiento de dependencia de estupefacientes, evaluaciones psicológicas y visitas supervisadas con Rafael. Se asignó un GAL al caso.

En octubre comenzaron las visitas supervisadas con Rafael. Estas visitas tuvieron lugar hasta tres veces por semana con una duración de dos horas. La madre y el padre generalmente asistían juntos y con frecuencia iban acompañados por uno o más de sus otros hijos. Se le asignó a la familia un especialista de asistencia en el hogar (HSS)^{7[7]} para que ayude con las visitas supervisadas que comenzaron en octubre. Esta persona continuó trabajando con la familia durante todo el caso.

La impresión del HSS respecto de la familia es generalmente positiva. Se observa a la madre como una excelente ama de casa, se hace hincapié en sus habilidades culinarias y en tener un hogar ordenado y limpio. La madre se queda en casa y el padre es empleado de una empresa de lácteos local. Cuando la HSS encuentra oportunidades para ofrecer orientación al padre acerca de los juegos físicos con Rafael, generalmente queda impresionada por los padres y observa que ambos padres y los hermanos son afectuosos con Rafael y están felices de verlo en las visitas.

Los padres comenzaron los análisis de orina (UA) en agosto de 2001 y, entre agosto y diciembre, ambos padres tuvieron resultados positivos a la cocaína y/o anfetaminas con una frecuencia semanal. Ambos padres fueron derivados a diferentes proveedores locales para comenzar sus evaluaciones de dependencia de estupefacientes. Un funcionario del Programa de Asistencia Padre/Madre-Hijo (PCAP) fue asignado para trabajar con la madre y visitarla regularmente. La tarea se programó para estar en vigor por los próximos tres años.

La recomendación de tratamiento de la madre fue nuevamente tratamiento intensivo como paciente interno (IIP) con una duración de tres a seis meses. Había disponible un programa bicultural de 30 días para adultos de habla hispana, el cual comenzó la madre el 10/01/01. El 10/5/01, la madre abandonó el tratamiento.

Se derivó al padre para su evaluación de dependencia de estupefacientes en noviembre. No hay indicios de que el padre haya cumplido con la evaluación.

En octubre los tíos de Rafael comenzaron el proceso para obtener la licencia como cuidadores de Rafael. El 12/03/01 se trasladó a Rafael al hogar de sus parientes. Ellos estaban bien preparados para su llegada. Al poco tiempo de producirse el traslado, la tía de Rafael expresó que no tenía deseos de continuar cuidando al niño porque éste lloraba durante toda la noche. El 12/12/01 Rafael regresó al hogar de los padres suplentes G.

A mediados de diciembre la madre admitió haber reincidido en el consumo de estupefacientes y solicitó regresar al tratamiento intensivo como paciente interno. En enero de 2002 Sea Mar readmitió a la madre y el 2/13/02 se informó que había completado satisfactoriamente el tratamiento y se le entregó una derivación y una recomendación para recibir tratamiento como paciente ambulatorio. Entre los meses de marzo y octubre de 2002, se registraron análisis de orina negativos, pero no hubo indicadores de que la madre hubiera comenzado el tratamiento recomendado.

^{7[7]} Los especialistas de asistencia en el hogar son empleados por CA y derivados por los asistentes sociales para ayudar a las familias a que accedan a los servicios, organizando y manteniendo la seguridad del hogar, proporcionando tareas de crianza, presupuestos, transporte, visitas, transporte, etc.

En enero de 2002 se derivó al padre a otra evaluación en PARC. Sus análisis de orina correspondientes a los meses de enero y febrero resultaron negativos. El 2/14/02, la evaluación determinó que el padre consumía alcohol y cocaína. La recomendación para su tratamiento incluía completar un programa de tratamiento como paciente ambulatorio por un año y análisis de orina aleatorios durante dicho período. El padre comenzó el tratamiento en mayo y se registraron análisis de orina negativos semanales desde abril hasta noviembre.

En abril de 2002 el CPT realizó una reunión sobre el caso. El Departamento recomendó que las visitas de Rafael a sus padres no fueran supervisadas y que se hiciera un pedido ante la Corte para comenzar visitas con estadía durante la noche antes de la siguiente audiencia en julio para que Rafael pudiera reunificarse con su familia en julio. El CPT estuvo de acuerdo con estas recomendaciones. Rafael comenzó las visitas a sus padres y hermanos en el hogar de éstos. Los padres suplentes le informaron al asistente social que Rafael estaba demostrando mayor ansiedad cuando regresaba de las visitas.

En mayo de 2002 el Tribunal modificó la orden para permitir visitas con estadía durante la noche y Rafael comenzó a tener visitas a su familia quedándose en las noches y los fines de semana. Durante este período, las notas del caso reflejan un cambio en la relación entre los padres suplentes y el asistente social. Las notas reflejan que el asistente social mantiene a los padres suplentes informados sobre el plan del caso y el progreso del mismo. Los padres suplentes parecen apartarse del contacto con el asistente social y en lo que parece ser el principio de una relación tensa en aumento entre los padres suplentes y el Departamento.

El 5/24/02 Rafael tuvo su primera visita a sus padres con estadía durante la noche. La madre comenzó a expresar sus inquietudes acerca del cuidado que Rafael estaba recibiendo de los padres suplentes. El 5/31/02 se realizó una derivación a los servicios de FPS. El asistente social, después de consultar con su supervisor, el supervisor del GAL y el Fiscal General Adjunto, decidió regresar a Rafael al hogar de sus padres biológicos. El asistente social notificó a los padres suplentes que Rafael regresaría a su hogar biológico en cinco días. El 6/4/02 Rafael fue al hogar de sus padres para una visita con estadía durante la noche y no regresó al hogar de los padres suplentes. El Tribunal no había ordenado la reunificación de Rafael; una consulta entre el supervisor, el Fiscal General Adjunto y el GAL resultó en una “visita prolongada” para que Rafael pudiera permanecer en el hogar.

El 6/10/02 FPS comenzó a participar con la familia. A fin de mes, los informes del proveedor de FPS indicaban que la familia estaba funcionando bien, que los padres tenían habilidades de crianza “extraordinarias” y que estaban colaborando bien con el proveedor.

El 7/31/02 CPS recibió dos derivaciones. Se determinó que ambas eran simplemente informativas, por lo tanto, no se requirió una investigación. La primera derivación indicaba que la madre había estado bebiendo alcohol. La segunda indicaba que se había observado a la madre golpear a Rafael en la boca y en la mejilla. Ambas denuncias habían sido realizadas por una persona que, según se informó, había vivido con la familia por dos meses.

El 9/1/02 el caso fue transferido al asistente social T de CWS.

El 9/14/02 nació [REDACTED].

El 9/21/02, CPS recibió la derivación de un hospital local alegando abuso físico y negligencia en contra de Rafael quien presentaba fractura de tibia derecha y moretones en la parte inferior derecha

del abdomen y en la parte lateral izquierda del cuerpo. Se le enyesó la pierna y se colocó a Rafael en el hogar de los padres suplentes G. Sus tres hermanos mayores fueron colocados con los padres suplentes S después de que los padres firmaran un acuerdo voluntario de colocación. ■■■■■, quien se encontraba en el hospital recibiendo tratamiento por ■■■■■, regresó al cuidado de sus padres el 9/25/02.

Según la investigación de CPS, Rafael se encontraba en su casa jugando arriba de un camión de juguete cuando se quebró la pierna. Su tío, quien en ese momento vivía en el hogar, estaba cuidando de él cuando los padres se encontraban, según se informó, en el hospital con ■■■■■. La explicación de la lesión parecía razonable y se solicitó la revisión de la fractura. Se consultó a un médico en Spokane para que evaluara el caso de Rafael y concluyó en que la fractura probablemente había sido accidental o una “fractura de niños”. Dado que se conocía que Rafael tenía manchas mongolianas, se supuso que los moretones indicados eran probablemente manchas mongolianas. No se tomaron fotos de los moretones para una revisión futura.

El 9/26/02, el CPT llevó a cabo una reunión sobre la recomendación del Departamento de regresar a los niños con sus padres. El CPT estuvo de acuerdo con las recomendaciones y los niños regresaron al cuidado de sus padres. Los argumentos de CPS no tuvieron suficiente fundamento.

El 10/07/02 CPS recibió una derivación alegando negligencia en contra de Rafael quien, según se denunció, presentaba un chichón y un moretón en la frente. El funcionario de PCAP que elevó el informe también denunció que Rafael estaba perdiendo peso porque la madre sólo le permitía ingerir una cierta cantidad de alimento. El 10/17/02 el asistente social de CPS visitó a la madre y a Rafael. La madre negó que Rafael haya sido lastimado y expresó que se había golpeado la cabeza con las barras de la cuna. También dijo que estaba controlando la ingesta, según la información que había recibido del doctor acerca de que los niños expuestos a estupefacientes eran más propensos a atragantarse, pero que no estaba limitando el alimento. El asistente social no notó ninguna lesión en Rafael y encontró razonables las explicaciones de la madre.

En octubre de 2002, el proveedor de tratamiento envió una carta por falta de cumplimiento en la cual se estipulaba que la madre sería dada de baja si no se realizaba una cita individual. Este patrón de incumplimiento de la madre con las especificaciones de su tratamiento se repitió mes a mes. Luego, la madre asistía a una o dos reuniones de grupo y volvía a cumplir por un breve período.

En ese mismo mes la madre comenzó a informarle al asistente social de CWS acerca de lesiones leves dando diferentes explicaciones sobre las mismas, las cuales -decía- eran accidentales y auto infligidas. La madre también proporcionó explicaciones diferentes y contradictorias a los proveedores médicos acerca del origen de las lesiones de Rafael.

El 12/07/02 CPS recibió una derivación de un hospital local denunciando abuso físico y negligencia. La madre de Rafael lo llevó al hospital porque presentaba dolor en la pierna e indicó que el niño se había resbalado en un piso mojado. Rafael fue trasladado a otro hospital y se observó que presentaba diferentes lesiones que incluían fractura de fémur izquierdo, una antigua fractura de cráneo, quemaduras en proceso de curación en la mano izquierda, un moretón como de un pellizco en la oreja derecha, una costra en la parte posterior de la cabeza y posibles quemaduras en la lengua. El médico consideró que las múltiples lesiones de Rafael no coincidían con la historia de la madre y estaban más relacionadas con abuso infantil. Se admitió a Rafael en el hospital para brindarle tratamiento y se le enyesaron ambas piernas. Al ser dado de alta regresó al hogar de los padres suplentes G. Durante su hospitalización, varios médicos revisaron a Rafael y le expresaron al

Departamento sus inquietudes de que las lesiones eran abuso infantil. Los otros niños no fueron colocados fuera del hogar durante este incidente. Las visitas supervisadas con Rafael comenzaron una semana después de su regreso al hogar de los padres suplentes G.

Poco después de esta lesión, los padres informaron acerca de otros comportamientos preocupantes por parte de Rafael. Esto comenzó un patrón de informes que llevaron a algunos a pensar que Rafael tenía problemas neurológicos o de otra índole relacionados con su exposición prenatal a las drogas.

La madre y el padre continuaban presentando un patrón de “casi finalización” de sus tratamientos de dependencia de estupefacientes; fueron derivados a evaluaciones psicosociales que completaron en enero de 2003. Se descubrió que la madre tenía problemas de salud mental, los que fueron motivo de preocupación. Se recomendó que la madre recibiera tratamiento y se designó al proveedor de FPS como la persona que debía realizar el seguimiento de estos problemas. Se le solicitó a la persona que realizó la evaluación psicosocial que proporcionara un suplemento con sus recomendaciones acerca de la reunificación de Rafael con sus padres y el evaluador así lo hizo, recomendando que Rafael regresara al cuidado de sus padres. Asimismo, hay una evaluación neurológica de Rafael del mes de enero que indica resultados normales.

En febrero, el CPT realizó una reunión con el Departamento para recomendar el regreso de Rafael a su hogar. Hubo desacuerdo con la recomendación del CPT respecto del regreso al hogar y se solicitó que un perito médico revisara las historias clínicas. Se recomendó realizar una reunión del CPT después de recibirse los resultados de la revisión.

Se programó una consulta con un médico y las historias médicas fueron revisadas. El médico expresó en su informe la aparición de una segunda fractura de cráneo, y a pesar de que no pudo concluir con certeza en que las lesiones habían sido resultado de abuso físico, indicó que las explicaciones de los padres respecto de las lesiones eran cuestionables y que las lesiones eran muy preocupantes. El encargado del caso de Rafael interpretó este informe como que no hubo evidencia médica de abuso físico. Los alegatos de CPS no fueron concluyentes respecto de abuso físico y no tuvieron fundamento con respecto a negligencia.

La primera vez que el Tribunal escuchó la evidencia en el expediente fue durante la audiencia de mediados de marzo. Los padres suplentes enviaron a la Corte una carta y fotografías expresando sus preocupaciones acerca del plan de regresar a Rafael con sus padres. Tanto el asistente social como el GAL recomendaron el regreso al hogar. Conociendo que se había programado una reunión del CPT para tratar el tema de la reunificación, el Tribunal concedió al CPT la decisión respecto del regreso al hogar.

El 3/21/03, Rafael regresó a su hogar para una “visita prolongada”. Ya no regresó al hogar suplente.

El 3/25/03, el CPT -con ausencia de dos de los tres miembros que estaban en desacuerdo con el plan de reunificación- escuchó la exposición del asistente social acerca de los resultados de la consulta médica. Rafael y sus padres estuvieron presentes en la reunión del CPT. El CPT estuvo de acuerdo en que Rafael debería ser reunificado con sus padres.

En el transcurso de los siguientes seis meses, los padres continuaron sus tratamientos para dependencia de estupefacientes con un grado de cumplimiento mínimo. La madre le informó al asistente social de CWS que estaba estresada por cuidar de Rafael dados los problemas “neurológicos” del niño e insistía con su versión de que las lesiones observadas en marzo, mayo,

julio y agosto habían sido accidentales o auto infligidas. Se informó que Rafael dormía durante muchas horas y en diferentes visitas al hogar el especialista de asistencia en el hogar (HSS) lo encontró durmiendo durante el día. Los padres continuaron en FPS durante este período y los informes indican habilidades de crianza positivas por parte de los padres, un vínculo familiar muy fuerte y cuidado afectuoso hacia los niños.

En agosto la madre comenzó a expresar su deseo de terminar el tratamiento de dependencia de estupefacientes e indicó que casi lo había completado. El asistente social le indicó que obtuviera una carta que confirmara que había completado el tratamiento y prosiguió con los planes para desestimar la dependencia. El proveedor del tratamiento de dependencia de estupefacientes indicó que la madre no completaría el tratamiento antes de finales de agosto. El proveedor de FPS finalizó sus servicios con la familia. Su informe fue positivo.

A principios de septiembre la madre solicitó la ayuda del asistente social respecto de un asunto de comparecencia ante un tribunal penal y el asistente social le proporcionó una carta respaldando su éxito en el tratamiento y su progreso hacia la superación de muchos de sus problemas pasados.

El 9 de septiembre el asistente social recibió un llamado telefónico de la madre, quien dijo que Rafael se había desvanecido y caído mientras ella lo estaba alimentando. El asistente social le indicó que llevara al niño al hospital. La madre y Rafael arribaron al hospital y el niño no respiraba. Se trasladó vía aérea a Rafael hasta el hospital de Spokane, donde falleció ese mismo día.

Análisis de los problemas

Seguridad del menor vs. reunificación familiar

En el Estado de Washington se establece la seguridad infantil como la prioridad esencial en materia de bienestar de niños público. Lograr el equilibrio entre las necesidades de seguridad y permanencia del niño con el objetivo de mantenerlo con su familia, puede representar todo un desafío para los asistentes sociales de bienestar de niños. Existe una premisa entre los profesionales de bienestar de niños, los tribunales, los voluntarios de la comunidad y los defensores de niños y familias: los niños deben estar con sus familias. Cuando los padres no pueden cuidar a sus niños de una manera segura, los asistentes sociales y los tribunales se enfrentan con la difícil tarea de decidir dónde se criará al niño de la manera más segura.

En este caso, no se dio prioridad a la seguridad. El hecho preeminente en este caso es que Rafael sufrió reiteradamente lesiones graves sólo mientras estuvo bajo el cuidado y la supervisión de sus padres. Las explicaciones de dichas lesiones por parte de los padres fueron diversas y algunas veces contradictorias. El tribunal y los asistentes sociales y supervisores de CA que participaron en el caso querían evidencias de que las lesiones habían sido infligidas por los padres de Rafael. Se utilizó un tecnicismo vago e innecesario como fundamento para tomar sus decisiones. Frecuentemente se hace mención en las notas del caso y en la información de las reuniones que no había “evidencia” de que las lesiones hubieran sido resultado de abuso infantil. El hecho de que los médicos hubieran expresado preocupación por la naturaleza de las lesiones, parece haber tenido muy poca consideración en la valoración de la seguridad. Tanto el asistente social del Departamento como otras personas encargadas de tomar decisiones parecen no haber considerado adecuadamente las circunstancias conocidas acerca de cuándo y dónde Rafael había sufrido las lesiones y, hasta no tener evidencia concluyente de quién había infligido las mismas, estuvieron dispuestos a comprometer la seguridad del niño permitiendo que regrese, en reiteradas ocasiones, al hogar de sus padres.

Debe hacerse hincapié en que cuando los padres acordaron la dependencia de Rafael, estuvieron de acuerdo en que habían abusado o descuidado de él y que no eran capaces de cuidarlo adecuadamente. A pesar de que tales reconocimientos fueron acordados cuando Rafael era un infante, el hecho de que haya sufrido reiteradamente lesiones graves cada vez que regresaba con sus padres debería haber planteado dudas acerca de la habilidad de éstos para cuidarlo y supervisarlo de manera segura.

No es la función de los asistentes sociales de bienestar de niños público del Estado de Washington probar, fuera de toda duda, que haya ocurrido abuso o negligencia. Mientras la figura de prueba fuera de toda duda es un principio del derecho penal, los casos de bienestar de niños se tratan en el ámbito civil donde la culpa o la prueba de abuso no es un requisito para la intervención. Sobre la base de entrevistas y revisión de la documentación escrita, es evidente que en este caso el Departamento y el Tribunal utilizaron un principio de prueba superior al necesario. El Comité encuentra difícil de comprender el énfasis puesto en la evidencia cuando los riesgos hacia Rafael eran tan numerosos.

La ley reconoce y apoya una práctica de evaluación del riesgo en casos de bienestar de niños y permite la intervención en acciones de dependencia sobre la base del riesgo que corren los niños.^{8[8]}

^{8[8]} RCW 26.44.030 (13) “El departamento utilizará un proceso de evaluación del riesgo al investigar derivaciones de abuso o negligencia infantil. El departamento presentará los factores de riesgo en todas las audiencias en las que se trate la colocación de un niño dependiente”.

La evaluación del riesgo, como práctica de bienestar de niños, es la utilización y la aplicación de factores que han sido identificados, por medio de la investigación, como previsibles de futuro abuso o negligencia. Los factores de riesgo en el caso Gomez incluyeron un historial de lesiones graves hacia un niño vulnerable, dependencia de estupefacientes y enfermedad mental. Los factores de riesgo adicionales incluyeron acciones peligrosas, escasa asistencia social, vínculo con Rafael, reconocimiento de problemas y nivel de cooperación.

El asistente social del Departamento y los tribunales parecen haber ignorado los diversos y serios factores de riesgo hacia Rafael.

La reunificación era el objetivo y el centro de este caso. Los planes de permanencia se ingresan en los procedimientos de las cortes juveniles para niños bajo la supervisión del tribunal, con un plan primario y uno secundario. En el caso de Rafael, se ingresó el plan de reunificación como el plan primario sin identificarse un plan secundario. Desde el momento en que fue ingresado en septiembre de 2001, el plan de reunificación de Rafael nunca cambió. Las entrevistas con los asistentes sociales y supervisores del Departamento indican que jamás se consideró un plan secundario o un plan alternativo.

Se reconoce que una acción de dependencia de un niño en una familia de cinco niños es inusual. Asimismo, es inusual que se dé por cierta la seguridad y buen cuidado de los hermanos de un menor que presenta lesiones graves. La madre, astutamente perpetró la noción de que los comportamientos de Rafael eran el problema, por lo tanto, Rafael era el problema. Los registros indican que la hermana mayor de Rafael también vio a Rafael como el problema, indicando que la vida en el hogar y la familia había sido mejor cuando Rafael no estuvo allí. El asistente social apoyó esta noción. La creencia de que las lesiones de Rafael eran accidentales y de que los padres contaban con habilidades de crianza excepcionales, según se evidenciaba con el cuidado hacia sus otros niños, facilitó el camino de todas las partes involucradas para continuar con un plan de reunificación.

Este tipo de pensamiento superfluo provocó la falta de un análisis cauteloso y crítico de los asuntos que ponían a Rafael en riesgo. Al parecer los padres, particularmente la madre, podrían haber estado haciendo recaer las culpas sobre Rafael, y por ello sólo él fue víctima del abuso. No existen indicios de que esta posibilidad haya sido considerada.

Se incluyeron muchos sistemas de apoyo para tomar decisiones en representación de Rafael. Dichos sistemas incluyeron, principalmente, al sistema judicial y al GAL. Como se mencionó anteriormente en este informe, el Tribunal del Condado de Grant y el Fiscal General Adjunto no sólo apoyaron la reunificación, sino la consideraron como el objetivo en casos de dependencia de niños. Debe ser de la incumbencia de aquellos en el sistema judicial comprender que la seguridad de los niños podría algunas veces estar en conflicto con la reunificación y, cuando esto sucediera, la opción más segura para el niño es permanecer en otro hogar.

La iniciativa KCF fue introducida por el Departamento después de la muerte de Zy'Nyia Nobles para dar respuesta a los problemas identificados por el Equipo de Fatalidad del caso Nobles. Sobre la base de la información recabada por este Comité y posterior revisión de las similitudes en los casos Gomez y Nobles, no parece ser que se hayan seguido en este caso los conceptos y modificaciones introducidos por la iniciativa KCF.

La iniciativa KCF originó un análisis y cambios importantes en la práctica por medio de la introducción de herramientas diseñadas para ayudar a los asistentes sociales en la toma de decisiones

sobre seguridad infantil, evaluación de riesgo, reunificación y transición del niño al hogar. Estas herramientas incluyen:

- Evaluación de riesgo para admisión
- Evaluación de la seguridad
- Plan de seguridad
- Investigación de la evaluación de riesgo
- Reevaluación de riesgo
- Evaluación de la reunificación
- Plan de transición

La evaluación y el plan de seguridad y la investigación de la evaluación de riesgo ayudan a los funcionarios a identificar amenazas específicas a la seguridad y factores de riesgo que luego deben servir para el plan de seguridad y servicio.

La evaluación de la seguridad formula ocho preguntas en busca de amenazas hacia los niños. Hay dos preguntas que se aplican al caso de Rafael: una, acerca del patrón en aumento de negligencia/incidentes/lesiones de un niño en la familia, y la otra, acerca del juicio, impulso, control, contacto con la realidad y/o habilidad de crianza del cuidador. Ambas están relacionadas con el caso de Rafael y deberían haber puesto de manifiesto el peligro hacia él y sus hermanos. La investigación de la evaluación de riesgo, enumera los factores categorizándolos por patrón de riesgo. En este caso hubo diversas áreas con calificación de alto riesgo en muchos de estos patrones de riesgo. El asistente social de CPS completó las evaluaciones de seguridad y riesgo en este caso.

Las evaluaciones de riesgo continuas ayudan a los asistentes sociales a identificar de qué manera los planes afectan los niveles de riesgo. La evaluación de reunificación ayuda a los asistentes sociales a tomar una decisión acerca del regreso de los niños al hogar y fue diseñada para ser utilizada en foros de toma de decisiones como los Equipos de Protección de Menores (CPT). Si se toma la decisión de regresar al menor, el plan de transición ayuda a identificar y establecer un plan de seguridad para su regreso. El plan también aborda la continuidad para los niños con el objetivo de asegurar una transición tranquila con el menor número posible de trastornos.

El asistente social de CWS no utilizó ninguna de las herramientas de KCF para realizar su trabajo. No se llevó a cabo un análisis de la reunificación, aparentemente porque esta última era el resultado inevitable. No hay evidencia acerca de la creación de un plan de transición, salvo la prolongación de las visitas antes del regreso a casa. Las transiciones al hogar de Rafael fueron abruptas, con escasa planificación por la seguridad y la continuidad de su cuidado.

El Departamento debería esperar que los asistentes sociales sigan las políticas, evalúen el plan del caso y utilicen las herramientas creadas para ayudar a evaluar la seguridad y el riesgo.

Similitudes entre los casos de Rafael Gomez, Zy’Nyia Nobles y Lauria Grace

1. Edad de los niños e historial de colocación.

En los tres casos, el menor que posteriormente fallece había sido colocado por CPS al momento de nacer. En los tres casos, el menor pasó básicamente toda su infancia (hasta los dos o tres años) en cuidado suplente antes de regresar a casa al cuidado de sus padres. Hubo suficiente evidencia de que

los tres niños habían estado muy bien cuidados y se habían encariñado con sus padres suplentes. No cabe duda de que en cada uno de los casos el menor tenía muy poco apego hacia su(s) padre(s) al momento de la reunificación como una consecuencia inevitable de su historial de colocaciones y, por tal motivo, necesitaba un proceso intensivo de transición y reconstrucción del vínculo.

A pesar de que las visitas entre los niños y sus padres tuvieron lugar antes de su regreso al hogar, existe evidencia fehaciente para creer que la falta de apego de los niños hacia sus padres nunca fue abordada por la agencia terapéuticamente o como una posibilidad. Es de esperar que cada uno de estos niños haya estado encariñado con sus padres suplentes. Es muy probable que cada uno de los padres biológicos haya tenido dificultades después de la reunificación con un niño triste, indiferente o desafiante en edad preescolar, cuyo apego comprensible hacia sus padres suplentes haya provocado un conflicto doloroso en los padres biológicos.

El Comité observa un patrón de falta de reconocimiento por parte de la agencia de las dinámicas de desarrollo infantil relacionadas con el apego y la pérdida, y falta de servicios intensivos para ayudar a que estos padres fortalezcan el vínculo con sus hijos después de años de colocación en cuidado suplente.

2. Lesiones después de la reunificación.

Se sabe que estos tres niños sufrieron lesiones mientras estuvieron bajo el cuidado de sus padres después de haber regresado al hogar, antes de su fallecimiento. En el caso Nobles hubo documentación que indicaba escaldadura de pie y preocupación de los profesionales acerca de una disciplina severa. En el caso Grace, hubo varios incidentes de lesiones a la cabeza e informes que indicaban que la madre golpeaba a la menor de manera agresiva. En el caso Gomez, Rafael sufrió fractura ósea dos veces, fractura de cráneo, quemaduras y múltiples laceraciones durante los períodos de reunificación.

Con excepción de los médicos en el caso Gomez, los profesionales que intervinieron en los tres casos parecen haber pasado por alto los indicadores de abuso físico, aun en su forma más extrema. Los asistentes sociales no hicieron una conexión de los hechos que les permitiera tener un pensamiento crítico acerca de la naturaleza de las lesiones. Los supervisores tampoco parecen reconocer los indicadores de abuso físico en estos casos. Las lesiones de estos niños no se produjeron en ningún otro entorno de cuidado más que en el de sus padres y no existe evidencia en ninguna de las revisiones que indique que esto fue tratado como un asunto de importancia.

Dada la detección e intervención del abuso de niños en su etapa inicial y el cambio del patrón de cuidado infantil, el término “trastorno de niño golpeado” ha evolucionado. Originalmente, se describió el “trastorno de niño golpeado” como un comportamiento alterado de padres e hijos, mala alimentación y diversos tipos y momentos de una lesión infligida. Existe un reconocimiento más amplio del abuso de niño por parte de miembros del lego hasta profesionales, y una diversidad de personas atiende a más niños, incluyendo proveedores de cuidado de niños y cuidadores alternativos. Como resultado de estos cambios, los niños tienen menos posibilidades de ser víctimas del conjunto total de lesiones abusivas descritas originalmente y más posibilidades de ser víctimas de “una o escasas series de agresiones severas”. (Helfer, Kempe, Krugman)

Los tres niños sufrieron exactamente este tipo de abuso y debido a su edad, vulnerabilidad y antecedentes de sus cuidadores, los profesionales deberían haber reconocido los riesgos y los indicios del abuso físico.

El Comité ve un patrón inadecuado de alarma demostrado por la agencia en estos acontecimientos, especialmente debido a los antecedentes perturbadores de largo plazo de los padres, la edad vulnerable de los niños y su reciente retorno al hogar.

3. Preocupaciones no satisfechas relacionadas con dependencia de estupefacientes/salud mental.

Como en el caso Gomez, los dos equipos de fatalidad que revisaron los casos de Zy'Nyia Nobles y Lauria Grace enfatizaron que la agencia desestimó que los padres necesitaran un tratamiento mucho más riguroso para la adicción a las drogas y al alcohol y/o el tratamiento de salud mental. El asistente social interpretó como adecuado el cumplimiento parcial de los servicios ordenados por el Tribunal sin contar con la experiencia de un especialista. En ninguno de los tres casos se comprendió el concepto de un análisis de orina verdaderamente aleatorio. Los padres podían evadir fácilmente la detección y manipular a sus asistentes sociales cuando no existía duda alguna de que se estaban negando a cualquier necesidad de tratamiento. No se comprendió la diferencia entre indicios de verdadera recuperación y sólo “cumplir con lo ordenado”. En los tres casos, los padres sólo recibieron un breve tratamiento; pero se los describió como en cumplimiento total. En los tres casos, el comportamiento de los padres incluyó mentiras, culpar a los demás, triangulación de profesionales, como así también ira e intimidación a los demás; todos indicadores típicos de la adicción.

“El problema de adicción a estupefacientes de Rochelle Grace no se evaluó ni se trató correctamente antes o durante el regreso de Lauria con su madre. La carencia de comprensión de los comportamientos y las posibles consecuencias por su consumo de drogas aparentan haber sido un factor que contribuyó en las circunstancias que condujeron a la muerte de Lauria. Al parecer, el funcionario del caso no apoyó totalmente el plan ordenado por el Tribunal de enviar a Lauria a Childhaven y de obtener las pruebas de análisis de orina aleatorios por parte de Rochelle Grace. Los análisis de orina obtenidos no fueron aleatorios. El funcionario del caso minimizó el posible abuso de drogas a pesar de los antecedentes de adicción a la cocaína de Rochelle Grace y las advertencias de miembros de la comunidad sobre el consumo continuo de estupefacientes.”
(Revisión de fatalidad de Lauria Grace, 12 de agosto de 1995).

“Nunca se trataron adecuadamente los problemas de dependencia de estupefacientes de la Sra. Sconiers... los asistentes sociales involucrados en el caso nunca hicieron cumplir la recomendación de que la Sra. Sconiers completara el tratamiento de dependencia de estupefacientes. Además, da la impresión que la Sra. Sconiers recibió el mensaje de que un cumplimiento marginal con los análisis de orina de TASC era suficiente para reunirse nuevamente con sus hijos.” (Revisión de fatalidad de Zy'Nyia Nobles, 20 de noviembre de 2000).

En dos de los tres casos (Gomez y Nobles) no se trataron adecuadamente los problemas de salud mental de la madre.

El Comité observa un patrón de carencia del personal para comprender las dinámicas de la adicción como así también para utilizar asesores adecuados para ayudar en la planificación de estos casos. De igual manera, no se completó adecuadamente la evaluación y el tratamiento de las preocupaciones relacionadas con la salud mental.

4. Incapacidad de utilizar información nueva

En los tres casos se presenta una semejanza notable en la insistencia de los funcionarios en un punto de vista no compartido por otros: todos los signos eran interpretados como concurrentes para dar por seguro y oportuno que el menor regresara al hogar. Se rechazaron informes realizados por miembros de la comunidad, otros profesionales y padres suplentes, alarmados por los acontecimientos o las lesiones de los cuales habían sido testigos, caratulados como no confiables o prejuiciosos. En ninguno de estos casos existe evidencia alguna de que algún informe alarmante se haya tomado con seriedad, hablado en una reunión de personal a conciencia o incluso investigado. No existe evidencia alguna de que alguien haya tomado enérgicamente la función de “analista crítico” para cuestionar el plan de retorno al hogar presentado por el funcionario. Mientras se realizó la revisión del Equipo de Protección del Menor (CPT) y de la supervisión, se presentaron las opiniones del funcionario, sin contar con recursos de material primario, con el objetivo de documentar su descripción acerca del estado del caso y el progreso de los padres en los servicios. La mayor parte de esta revisión parece ser superficial, sin el objetivo esperado de un debate riguroso.

El Comité observa un patrón de raciocinio crítico inadecuado de los funcionarios que intervinieron en estos tres casos, y una carencia de estructura y procesos de la agencia para realizar una revisión efectiva de la toma de decisiones del funcionario responsable.

5. Relación y comunicación con los padres suplentes

En dos de los tres casos, los niños estaban encariñados y vinculados con sus padres suplentes como resultado de haber sido colocados desde su nacimiento. Asimismo, los padres suplentes estaban encariñados y vinculados con los niños. Es comprensible y esperado que los padres suplentes desarrollen afecto, cariño y vínculo con los niños bajo su cuidado, especialmente cuando se los coloca siendo infantes y permanecen hasta que comienzan a caminar. Los beneficios de desarrollo durante este período incluyen mejoras del lenguaje, movimiento, expresión emocional y cariño hacia los cuidadores.

El Departamento caracterizó a los padres suplentes como extremadamente encariñados con los niños. En cierta forma esto se consideró como un problema y cuando los padres suplentes expresan emociones, ira o preocupación en nombre de los niños, el Departamento responde acelerando la transición al hogar de los niños.

Los padres suplentes manifestaron no haber recibido una comunicación adecuada sobre el caso. Ellos manifestaron sentir que se aprovecharon de ellos y que se descartó su vínculo con los niños.

En estos dos ejemplos el Comité observa un patrón de falta de inclusión adecuada de los padres suplentes en la planificación del caso, un patrón en el que se descartó un interés y preocupación legítima manifestados por los padres suplentes y un patrón de falta de reconocimiento de que el vínculo entre los padres suplentes y los niños a los que cuidaban debe ser esperado y considerado como una virtud, en lugar de ser caracterizado como una intrusión.

Efectos e impacto de los problemas de dependencia de estupefacientes y salud mental

Los hechos en este informe demuestran que el Departamento no evaluó adecuadamente el progreso de los padres de Rafael en su tratamiento de dependencia de estupefacientes. Tanto el asistente social de CWS como otras personas no reconocieron los comportamientos, las características de la personalidad y los extremos a que llegaron los padres, particularmente la madre, para encubrir los hechos y evitar su participación en el tratamiento.

Da la impresión que esta madre tenía la suficiente capacidad para alcanzar sus propósitos. Ella logró hacer que otras personas la ayuden en actividades que ella era capaz de hacer por sí misma. Algunos ejemplos de estas interacciones incluyen hacer que el asistente social y el guardián ad litem aboguen por ella en el tribunal penal; hacer que HSS complete la solicitud para SSI de Rafael a pesar de que no existían indicios para avalar que él fuera elegible para SSI; hacer que el médico del padre presente una opinión médica sobre Rafael sin realizar un examen. Muchos de estos “asistentes” traspasaron los límites de sus roles para ayudar a la madre y sus interacciones insinúan una característica manipuladora que los “asistentes” parecen no haber reconocido.

Así como los análisis de orina negativos pudieron considerarse como pautas positivas de progreso, deberían haberse considerado sumamente inquietantes situaciones tales como el hecho de no haberse presentado a los análisis de orina, haber evadido el tratamiento, perdido citas y las frecuentes amenazas a ser expulsados del tratamiento. El asistente social actuó como defensor de la madre y al hacer esto permitió que ella eluda la responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento y su recuperación, aceptando sus excusas y explicaciones. La recuperación requiere cumplir activamente con las expectativas del tratamiento y la madre no demostró una recuperación. Los informes sobre su estilo de vida sobrio y desintoxicado fueron la opinión del asistente social en lugar de una evaluación proporcionada por su proveedor de dependencia de estupefacientes.

El Comité observó que se prestó muy poca atención a los problemas de salud mental de la madre y considera que el “tratamiento” que recibió fue administrado por profesionales que carecían de las capacidades para proporcionar el nivel de tratamiento que ella necesitaba.

La evaluación de salud mental de la madre indicó problemas que deberían haber planteado preocupaciones acerca de su capacidad para criar a sus hijos de manera segura. El evaluador observó sus niveles de ira moderados a severos, carencia para controlar los impulsos y cambios de ánimo que podrían conducir a “demostraciones de conducta dramáticas e inesperadas”. Se le solicitó al proveedor FPS que trabajó para el evaluador de salud mental que le proporcionara esta terapia a la madre. El proveedor FPS se concentró en el funcionamiento familiar y en la crianza. La madre necesitaba terapia individual y una posible prueba adicional para evaluar la causa y el grado de su ira, sus cambios de ánimo y sus demostraciones de conducta.

El registro indica que la madre manifestó tener problemas con Rafael y sus comportamientos. Según informó, ella estaba estresada por el grado de cuidado que el niño necesitaba. Existían algunos indicios que ella podría haber estado deprimida. Su relación con Rafael también era diferente respecto de la relación con sus otros hijos, debido a su colocación desde la infancia. Considerando la evaluación de su salud mental, es inquietante que se haya dado escasa importancia a la manera en que sus problemas pudieran manifestarse al cuidar de un menor que ella describió como un niño con problemas.

Por último, la evaluación y el tratamiento de una adicción como así también el acceso a un tratamiento de salud mental presentan desafíos individuales. Cuando los clientes presentan problemas de salud mental y dependencia o adicción a estupefacientes, se debe considerar una modalidad de tratamiento de diagnóstico doble. Este tipo de tratamiento no cuenta con buenos recursos y puede ser un desafío acceder a éste. Sin embargo, el Comité considera que este tipo de servicio, el cual incorpora atención a la salud mental al mismo tiempo que evalúa el consumo del cliente de estupefacientes como un posible mecanismo para enfrentar los problemas de salud mental, es de suma importancia para el éxito del tratamiento.

Comunicación

La comunicación en los casos de bienestar de niños se desarrolla en una serie de niveles y de distintas maneras. Los asistentes sociales proporcionan informes verbales y escritos para las reuniones de personal, el tribunal, los proveedores de servicio y otras personas. Ellos toman notas del caso y reúnen material escrito, los cuales incluyen evaluaciones e informes de los proveedores de servicio, es decir, médicos, educadores, proveedores de dependencia de estupefacientes, proveedores de salud mental y otras personas. El Comité considera que la fluidez de una comunicación objetiva, elemento esencial para tomar una decisión fundada, fue uno de los aspectos más débiles de este caso.

Como se indicó anteriormente, se produjo y se reunió gran cantidad de información en el curso del caso Gomez. El asistente social actuó restrictivamente con la mayor parte de esta información y la interpretó como parte del contenido. A pesar de que la razón de esta interpretación parece ser su claro prejuicio en favor de los padres, el Departamento debe ocuparse de los asuntos que atañen a la divulgación de la información. Cuando los asistentes sociales pueden elegir la información a divulgar, el análisis objetivo de la información y la toma de decisión se ven amenazados.

En el caso Gomez el CPT confió en gran medida en la información del asistente social. El asistente social presentó resúmenes en lugar de compartir objetivamente con el CPT los informes, documentos y opiniones de los expertos, particularmente de los médicos. Cuando se le preguntó al asistente social por qué no compartió con el CPT la información de que el Tribunal le había delegado al CPT tomar la decisión del regreso de Rafael, pero este último ya había regresado al hogar por medio de una “visita prolongada”, el asistente social manifestó que normalmente él no compartía ese tipo de información. No queda claro por qué no se compartieron con el CPT las órdenes del Tribunal y la colocación actual de Rafael. Asimismo, parece que el CPT no tenía total conocimiento de las inquietudes expresadas por los médicos.

Los padres suplentes deberían ser invitados a las reuniones del CPT para que puedan preguntar y responder a las inquietudes que el CPT pudiera tener acerca del menor. No se invitó rutinariamente a los padres suplentes a las reuniones del CPT. Se les solicitó que asistan a la reunión del CPT final y ellos se negaron principalmente debido a que Rafael había regresado al hogar y consideraron que sus opiniones y nociones sobre el caso se habían descartado con tanta frecuencia en el pasado que en ese punto no serían escuchados.

Dio la impresión que la policía y CPS no trabajaron en colaboración ni hubo una comunicación efectiva en este caso. Las derivaciones de CPS sobre las lesiones de Rafael resultaron en informes para que la policía investigase. La derivación de diciembre de 2002 sobre lesiones múltiples de Rafael resultó en una investigación policial, la cual seguía en proceso durante el regreso de Rafael al hogar. Hubo diferentes jurisdicciones policiales locales involucradas en el caso Gomez, que remarcaron la necesidad de una comunicación continua y clara. No se encontró información alguna en el registro del caso que indicase el estado de las investigaciones ni que CPS y la policía se hubieran comunicado acerca de estas investigaciones. La coordinación y la colaboración temprana entre la policía y CPS es un componente crítico para el éxito de una investigación sobre denuncias de abuso de niños que resultan en lesiones graves y riesgo para los niños.

En este caso, la divulgación de información interna fue inadecuada. El caso estaba abierto tanto en CPS como en CWS. Los registros del caso indican que el funcionario de CPS intentó compartir información con el asistente social de CWS; sin embargo, no existen indicios de que el asistente

social de CWS hubiera considerado o incorporado información alguna en la planificación del caso. Cuando los casos pasan de un programa a otro y la información no se comparte, la seguridad de los menores puede verse comprometida y los planes no ser reevaluados.

El Comité considera que el protocolo de prácticas utilizado actualmente es insuficiente para garantizar que se comparta la información entre las personas que toman las decisiones de una manera abierta y objetiva. Esto limita y compromete la capacidad de los demás de tomar decisiones fundadas. Se da un gran valor a la práctica del Departamento de utilizar expertos para servicios, evaluación y asesoría. Sin embargo, si los asistentes sociales no están capacitados sobre cómo utilizar y compartir esta información, la práctica se ve debilitada.

Prejuicio, juicio intuitivo y raciocinio crítico

Como se observó a lo largo de este informe, el equipo descubrió un dominante prejuicio individual y del sistema, el cual contribuyó en gran medida a la muerte de Rafael Gomez. Se consultó literatura sobre el prejuicio en el trabajo de bienestar de niños, particularmente el trabajo de Eileen Munro (1996 y 2001), dado que se indicaba en la Revisión de fatalidad de Zy’Nyia Nobles del año 2000. En el caso Gomez se encontró una serie de los factores que describe Munro. Munro describe las virtudes y debilidades del estilo de razonamiento intuitivo versus el analítico, representando la continuidad del razonamiento en donde ambos estilos tiene valor.

En este caso, no existen dudas de que el funcionario de CWS confió en su intuición al punto que dejó de lado el análisis empírico u objetivo. Un proceso más analítico hubiera buscado evidencias y opiniones de fuentes externas, y hubiera considerado objetivamente el contenido de sus hechos reales. Si se hubieran presentado preocupaciones o dilemas, se habría procurado realizar una indagación y luego se habría discutido el tema con el supervisor/CPS/CWS/administrador de área, etc. La evidencia o la información que no “coincidía” hubiera tenido especial valor como una salvaguardia contra el prejuicio. Por ejemplo, ¿por qué se amenazó a estos padres en distintas ocasiones de ser expulsados del tratamiento de dependencia de estupefacientes debido a su escasa asistencia, mientras afirmaban encontrarse en recuperación total? ¿Por qué los famosos comportamientos de Rafael de infligirse daño a sí mismo no se observaron fuera del hogar de los Gomez? ¿Por qué ciertas personas muy allegadas a la familia informarían hostilidad hacia Rafael por parte de esta supuesta madre cariñosa? ¿Por qué tantos médicos escribieron sus dudas sobre la naturaleza accidental de sus numerosas lesiones?

Un grado abierto de conciencia y una sólida cultura de organización del raciocinio crítico hubiera traído muchos factores decisivos a la luz y al proceso de toma de decisión. Un rol de supervisión a cargo de un analista crítico hubiera cuestionado reiteradamente los fundamentos de las conclusiones del funcionario y requerido una documentación más exhaustiva y explicaciones de expertos externos. Un proceso de revisión del CPT que hubiera requerido evidencias de las afirmaciones del funcionario a lo largo del caso habría dado lugar a más debates y pruebas de la hipótesis que este caso fuera adecuado para una reunificación. Una simple comparación de notas y observaciones entre los funcionarios y supervisores de CPS y CWS hubiera revelado una disparidad en los puntos de vista, obligando a una seria reflexión y una revisión administrativa de mayor nivel.

Munro destaca que es una virtud estar dispuesto a cambiar de opinión cuando se presenta nueva evidencia. En el trabajo de bienestar de niños, los asistentes sociales necesitan considerar sus opiniones como si fueran provisorias y estar abiertos a una reconsideración. En la muerte de Rafael

Gomez, el funcionario de CWS demostró no poder asumir dicha postura y los sistemas circundantes no efectuaron las correcciones necesarias durante proceso.

Hechos y recomendaciones

El Comité expone los siguientes hechos y recomendaciones en virtud de las entrevistas, revisión de los registros del caso, políticas y protocolos del Departamento, RCW y WAC, contratos y documentación de certificaciones. No todos los hechos necesitaron recomendaciones; sin embargo, el Comité considera muy importante destacar estos hechos debido a su relevancia en el caso; los hechos descritos en “Dinámicas y funcionamiento de la familia” sirven como ilustración de este punto.

Proceso de revisión de fatalidad

Recomendaciones:

1. Este informe debería estar disponible en inglés y español y ser distribuido a todos los empleados y voluntarios de la comunidad relacionados con este caso. Toda persona interesada en este caso debería tener fácil acceso al presente informe.
2. El Comité solicita al Departamento que le brinde una respuesta sobre los planes de cumplir o no con las recomendaciones.

Administración de caso y prácticas

Hechos:

- A pesar de que la cantidad de trabajo no se consideró como un factor, lo que podría haber afectado este caso es la manera en la que se asignaron los casos. El asistente social de CPS era el único funcionario bilingüe (inglés y español) en la unidad, por lo tanto recibía todas las derivaciones de familias que hablaban español. El asistente social de CWS recibía la asignación del conjunto de casos que debía trabajar en una sola oportunidad. Su supervisor no consideró adecuadamente su capacidad para estudiar sus casos y administrar el conjunto de expedientes.
- Todos los asistentes sociales y HSS asignados al caso Gomez contaban con certificaciones de idioma del Departamento, es decir, hablaban con fluidez tanto español como inglés.
- El Departamento garantizó que todos los proveedores de servicio que trabajaran con la familia en este caso fueran bilingües y demostrasen conocimiento y sensibilidad hacia temas culturales.
- La carencia de capacitación y experiencia por parte del asistente social de CWS se consideró como un factor en la mala administración de este caso. A pesar de no ser nuevo en la agencia, el asistente social de CWS asignado al caso en los últimos 12 meses no tenía experiencia previa en CWS. Él no recibió un entrenamiento específico para su nueva función.

- Rafael tenía un caso abierto de CWS con un asistente social y otro asistente social estaba realizando investigaciones de CPS. Esto resultó en una división notable de tareas, en la que la evaluación de seguridad y riesgo era responsabilidad exclusiva del asistente social de CPS, y el asistente social de CWS se consideraba responsable únicamente por la provisión de servicios y la reunificación con la familia. No existió suficiente coordinación ni comunicación entre ambos programas. No se encontró evidencia de debates, resolución de problemas o análisis conjuntos del caso por parte de las dos unidades.
- Este caso no se consideró como un caso de perfil alto y no se lo puso a consideración del administrador de área para su revisión más allá de la consulta sobre un tema relacionado con la participación de los padres suplentes. Las derivaciones CPS de septiembre de 2002 y diciembre de 2002, las cuales indicaban lesiones graves en Rafael, no se caratularon como lesiones severas y, por lo tanto, no se pusieron a consideración de la cadena de mando adecuada, la cual hubiera incluido al administrador de área.
- Se puso un énfasis inadecuado en la evidencia o la prueba de abuso a través de informes concluyentes o declaraciones de testigos visuales en cuanto al origen de las lesiones de Rafael. Debido a esto, no se evaluó adecuadamente la seguridad y los riesgos de Rafael y los otros niños.
- Rafael pasó sus primeros diez meses de vida en un hogar suplente caucásico, creciendo y desarrollándose en una cultura diferente a la de su familia de origen. Durante este tiempo, él desarrolló un vínculo con sus padres suplentes. Mientras estuvo bajo cuidado suplente, Rafael mantuvo visitas regulares y frecuentes con sus padres. Cuando se lo regresó por primera vez a su hogar tenía diez meses de edad, una etapa en su desarrollo donde experimentaría un gran nivel de ansiedad hacia los extraños. El idioma materno de Rafael hubiera sido el inglés, dado que se lo hablaba en su hogar suplente. A pesar de que sus padres no eran extraños, su hogar suplente era el entorno que él conocía y se debe esperar que un regreso al hogar requiriese de una gran adaptación emocional y psicológica.

No se desarrolló ni se implementó un plan de transición, conforme lo requiere CA. El regreso de Rafael al hogar fue repentino considerando el tiempo que había pasado bajo cuidado y sin haber tenido una transición hacia el hogar de manera que permitiese una adaptación emocional, psicológica y cognitiva (incluyendo el idioma). Tampoco se consideró la adaptación cultural que Rafael hubiera necesitado realizar. Las comidas, rutinas, entornos sociales y familiares en el hogar suplente y en su hogar familiar eran diferentes. Al parecer, los asistentes sociales estimaron que debido a que Rafael era hispano, no requeriría adaptación alguna cuando regresara a su hogar familiar. Las veces subsiguientes que se regresó a Rafael al hogar, dicho regreso fue repentino, sin una transición adecuada. Es probable que estas transiciones repentinas hayan exacerbado los factores de estrés en la adaptación de Rafael, de sus padres y de sus hermanos.

- Las herramientas de KCF, diseñadas para evaluar la seguridad y los riesgos durante un caso, no se utilizaron de manera efectiva como herramientas para la toma de decisiones que aportasen información para la planificación de las prácticas y los servicios para la familia. En algunos puntos durante el caso, estas herramientas obligatorias no se utilizaron en absoluto.

Recomendaciones:

1. El Departamento necesita reevaluar la aplicación de los conceptos del programa KCF y la utilización de las herramientas de este último por parte de los asistentes sociales de CA. Quizá exista la necesidad de revisar o reforzar estas herramientas para que sean efectivas. Debería requerirse un entrenamiento continuo sobre los conceptos de seguridad como una prioridad, evaluación de seguridad y riesgo para todo funcionario o supervisor que tenga a su cargo la administración de casos, particularmente cuando se reunifican menores con sus familias. Los asistentes sociales necesitan un entrenamiento adicional en temas relacionados con intereses contrapuestos sobre seguridad y preservación familiar.
2. Deberían imponerse sanciones cuando los asistentes sociales y los supervisores no cumplen con la política y los protocolos en los manuales de práctica, políticas, RCW y WAC.
3. El Departamento debería desarrollar y administrar entrenamientos de supervisión para el prejuicio y el raciocinio crítico. Este entrenamiento debería incluir temas sobre la gran importancia y el valor de contar con un “analista crítico” o una opinión disidente y cómo aceptar los desafíos de creencias preconcebidas o desarrolladas.
4. Los supervisores deberían garantizar que los asistentes sociales reciban un entrenamiento académico básico antes de administrar casos o cuando se realicen cambios de posiciones en programas en los que no hayan trabajado anteriormente.
5. El Departamento debería implementar un protocolo para reuniones del personal interviniente cuando una familia tenga un caso abierto con dos o más programas de CA.
6. El Departamento debería ser responsable de la presentación de un informe a la policía o a la oficina del fiscal cuando se descubra que una persona obligada a denunciar casos de abuso o negligencia de niños haya omitido hacerlo.
7. El Departamento debería garantizar que los asistentes sociales cuenten con el entrenamiento para poner en alerta las derivaciones con lesiones graves, cercanas a la muerte y de perfil alto para advertir a la cadena de mando adecuada.
8. Los planes de transición deberían incluir actividades y servicios para ayudar a los niños en el paso de una experiencia cultural a otra. Estas actividades y servicios deberían tratar las rutinas diarias, las comidas y la dieta, el idioma, etc.

Asimismo, los planes deberían incluir cómo se hará la transición del vínculo. Los niños, particularmente aquellos que se colocaron desde el nacimiento, necesitan tiempo para crear un vínculo con sus nuevos cuidadores (aun cuando sean los propios padres), como así también tiempo para separarse de sus últimos cuidadores. No se debe asumir axiomáticamente el apego hacia los padres biológicos al momento de la reunificación. Tanto los padres biológicos como los suplentes deben recibir apoyo y ayuda a medida que atraviesan la transición.

9. Se debe proporcionar cuidado de niños cuando se reunifica con sus familias a niños en edad preescolar. Esto brinda un cuidado adicional al niño por parte de un cuidador que puede supervisar de manera independiente la seguridad y el desarrollo del menor.

Agencia Protectora de Menores

Hechos:

- Se encontraron ocho informes de CPS sobre abuso y negligencia infantil que constan desde agosto de 2000 hasta septiembre de 2003. El primer informe se realizó un año antes del nacimiento de Rafael; durante sus dos años de vida se hicieron seis informes más y el octavo fue como resultado de su muerte.
- El Departamento recibió dos derivaciones caratuladas como “Información exclusivamente”. A pesar de que contenían información inquietante denunciada por parte de una persona que conocía directamente la relación de la madre con Rafael, da la impresión que estas preocupaciones se desestimaron debido a que dicha persona había dejado de tener una relación amistosa con la madre.
- El supervisor de CPS recibió una carta de queja el 12/13/02 por parte de uno de los médicos que estaba tratando a Rafael por las lesiones múltiples que había sufrido el niño el 12/7/02. El médico cuestionó la decisión de regresarlo al hogar luego de la fractura de tibia en septiembre de 2002. Se adjuntó a dicha queja el resumen de alta de diciembre de 2002 que manifestaba una “seria preocupación sobre abuso infantil y no dejaba duda alguna”, según la opinión del médico, que Rafael era víctima de abuso físico. No existe indicio alguno de que estos documentos hayan llegado a manos del CPT, que el supervisor los haya planteado en una reunión del personal con la cadena de mando adecuada, con el asistente social de CWS o el supervisor de CWS.
- En agosto de 2001 se realizó una averiguación de antecedentes criminales de la madre. Los resultados reflejaron actividad criminal desde agosto de 2000 hasta julio de 2001, incluyendo robo, manejar bajo la influencia de sustancias intoxicantes, cargos por tener una botella abierta en el automóvil y resistir arresto. No se llevaron a cabo otras averiguaciones después de agosto de 2001. En mayo de 2002 se presentó un pedido de antecedentes criminales del padre: nunca se recibieron los resultados.
- El asistente social de CPS completó la evaluación de seguridad de KCF, la planificación de seguridad y las herramientas de evaluación de riesgo conforme lo requiere la política. Las evaluaciones ignoran cierta información conocida sobre el caso.
- Existen observaciones de moretones y lesiones documentadas en los registros de Rafael. Asimismo, se observó que en dos ocasiones los hermanos de Rafael estaban solos en el hogar. En una ocasión, un proveedor de la familia encontró a [REDACTED] sola en el hogar y en otra ocasión, era [REDACTED] el que estaba solo. Ninguno de estos incidentes trascendieron en los informes de CPS.
- Las investigaciones de CPS sobre esta familia fueron constantemente breves, limitadas en su alcance, y sus resultados no coincidían con la información conocida hasta ese momento. El asistente social de CPS confió principalmente en los padres como recurso de información y realizó breves averiguaciones colaterales durante el curso de las investigaciones.

- Hubo una carencia de coordinación entre CPS y la policía en todos los informes de CPS, incluyendo las investigaciones de las lesiones físicas sufridas por Rafael mientras se encontraba bajo el cuidado de sus padres. No se esclarece en el registro cómo se resolvieron las investigaciones de la policía acerca de las lesiones de Rafael y si dicha información se incorporó al caso de alguna manera.
- El supervisor de CPS revisó regularmente el caso de esta agencia.

Recomendaciones:

1. CPS debería estar obligado a coordinar las investigaciones con la policía lo más pronto posible en situaciones de abuso físico grave. El Comité recomienda que el Departamento desarrolle un protocolo para casos de abuso físico grave semejantes a los protocolos del condado, los cuales definen y describen la coordinación de investigaciones en hechos de abuso sexual. El Comité define como “Casos de abuso físico grave” a aquellos niños que atraen la atención de proveedores médicos debido a sus lesiones.
2. Se deben obtener cuanto antes todos los registros médicos de los menores de la familia, ya sea la víctima identificada o los hermanos.
3. Los factores de riesgo en las derivaciones de CPS que hayan sido aceptados para su investigación, en cualquier caso abierto del Departamento, deberían evaluarse como un riesgo más elevado.

Servicios de Bienestar de Niños

Hechos:

- Los asistentes sociales de CWS no utilizaron ninguna de las herramientas de evaluación de seguridad y riesgo requeridas por KCF en la toma de sus decisiones y la planificación del caso.
- El plan permanente para Rafael, ingresado en la orden de dependencia de 30 días acordada, fue la reunificación. Este plan nunca tuvo una variación. Los profesionales entrevistados para este informe señalaron que no se consideró ningún otro plan permanente o alternativo a pesar de la gravedad de las lesiones sufridas por Rafael estando bajo el cuidado de sus padres y la dificultad de los padres de completar el tratamiento de dependencia de estupefacientes.
- El asistente social de CWS actuó como el defensor y aliado de la madre. El asistente social confió en la madre como su fuente de información primaria y realizó, en algunas ocasiones, breves averiguaciones colaterales para verificar la información brindada por ella. El asistente social alabó a los padres, particularmente a la madre, y esta perspectiva comprometió su objetividad en el caso.
- El asistente social de CWS no incorporó ni valoró adecuadamente los aportes presentados por los proveedores del tratamiento de dependencia de estupefacientes; por lo tanto, le permitió a la madre triangular, manipular y tergiversar los hechos de su progreso y plan de tratamiento.

- El asistente social de CWS constantemente malinterpretó la documentación que evidenciaba un patrón de resistencia al tratamiento de dependencia de estupefacientes por parte de los padres. En los informes presentados ante el CPT, el tribunal juvenil, el tribunal de distrito, los proveedores médicos, el evaluador psicosocial y otras personas, el asistente social señaló que los padres se encontraban cumpliendo con el tratamiento y que no habían consumido sustancias prohibidas durante un año y medio, basando dicha afirmación en los informes personales de los padres y los análisis de orina negativos realizados durante un período dado. El asistente social no comprendió el significado de la continua negación de los padres sobre su adicción, los registros de su escasa participación en el tratamiento y la carencia de los indicadores conocidos de recuperación.
- Durante el último año de vida de Rafael, el asistente social ignoró o minimizó las opiniones documentadas de los expertos que deberían haber sido motivo de preocupación y haber dado inicio a la reconsideración del plan de servicio y del objetivo de reunificación en entornos donde se tomaran decisiones compartidas. Por ejemplo:
 1. El resultado de una evaluación neurológica demostró que el sistema nervioso de Rafael era normal como así también su respuesta al dolor, lo que contradujo las perseverantes afirmaciones de su madre sobre problemas neurológicos, comportamientos auto-destructivos y carencia de sensibilidad al dolor como las causas de sus frecuentes moretones, contusiones y fracturas.
 2. El resultado de una evaluación psicosocial de la madre indicándola como una persona enfadada, impulsiva, irritable, hostil, con cambios de ánimo y demostraciones de conducta inesperadas.
 3. Los informes de tres expertos médicos indicaron que las lesiones de Rafael eran muy preocupantes, sin una explicación razonable por parte de los padres y con un origen repetitivo sospechoso.
- Durante su vida, Rafael vio a un total de 11 médicos y 2 asistentes médicos. Los registros indican que los padres podrían haber buscado diversos proveedores médicos para Rafael en un esfuerzo por engañar a los proveedores sobre sus lesiones y condiciones. Los informes de los proveedores médicos que interactuaron con la madre señalan haber creído que ella se esforzó por minimizar o dar una impresión incorrecta sobre Rafael. Asimismo, las notas del caso indican que la madre proporcionó información falsa a los proveedores médicos sobre sus antecedentes médicos propios y los de Rafael.
- El proveedor de las evaluaciones psicosociales de los padres no recibió información precisa ni objetiva como así tampoco los antecedentes de este caso por parte del asistente social de CWS.
- El supervisor de CWS revisó regularmente el caso de esta agencia.

Recomendaciones:

1. El Departamento debe garantizar que los asistentes sociales de CWS comprendan que es parte de su trabajo evaluar la seguridad y el riesgo, y que no se concentren únicamente en la

permanencia y la reunificación. El Departamento debe examinar el contenido del entrenamiento brindado específicamente a los asistentes sociales de CWS y garantizar que se aplique el énfasis apropiado en las evaluaciones de seguridad y riesgo.

2. Los niños dependientes deberían tener un solo proveedor médico principal y dicho proveedor debería ser constante durante las transiciones al hogar o en caso de regreso a la colocación. En el supuesto de que este plan no sea viable debido a la distancia o ubicación, el Departamento debería garantizar que la documentación médica de los niños llegue a los nuevos proveedores para que exista una continuidad en la atención y que un consultor médico revise toda la documentación médica.

Dependencia de estupefacientes

Hechos:

- En octubre de 2000, el proveedor de tratamiento de dependencia de estupefacientes determinó que la madre era alcohólica y adicta a la cocaína y recomendaba un plan de tratamiento. En febrero de 2002, el proveedor de tratamiento de dependencia de estupefacientes determinó que el padre era alcohólico y cocainómano y recomendaba un plan de tratamiento.
- Desde el principio, la madre estableció un patrón de mínima y/o nula participación en el tratamiento, lo cual resultó en que estuviera a punto de ser expulsada del tratamiento en reiteradas ocasiones. El padre tuvo más éxito con su programa de tratamiento; sin embargo, también tuvo momentos en los que estuvo a punto de ser expulsado del mismo por no cumplir con las expectativas del programa.
- Nunca se trató apropiadamente el consumo de alcohol de la madre y del padre. La prioridad de su tratamiento de dependencia de estupefacientes fue el abuso de cocaína y anfetaminas. La documentación mostró evidencia acerca de que el padre estaba bebiendo después del retorno de Rafael al hogar.
- Los asistentes sociales asignados al caso ignoraron y/o minimizaron los cargos criminales de la madre relacionados con estupefacientes y no consideraron adecuadamente el riesgo que esto implicaba para los niños.
- Los proveedores de dependencia de estupefacientes no proporcionaron a CA la documentación completa sobre el tratamiento, a pesar de haber tenido las autorizaciones de divulgación de información confidencial firmada por los padres. No obstante, la información disponible en la documentación dio lugar a los hechos descritos anteriormente.

Recomendaciones:

1. Los asistentes sociales necesitan un entrenamiento para aprender y comprender la mejor manera de hacer que los clientes que consumen sustancias sean responsables por su programa de tratamiento. El Departamento debería desarrollar planes de tratamiento conjunto con los proveedores de dependencia de estupefacientes, los cuales ayudarían a los asistentes sociales de CA a evaluar la sobriedad versus la recuperación de sus clientes.

El Departamento debería explorar la posibilidad de establecer o reforzar su asociación con proveedores de dependencia de estupefacientes o quizá con la División de Dependencia al Alcohol y a Estupefacientes (DASA) con el fin de que los asistentes sociales del Departamento cuenten con un mayor acceso a la pericia y a profesionales de dependencia de estupefacientes (CDP). Esta asociación podría incluir que los CDP pasen más tiempo en las oficinas de CA. Si esto se convierte en un desafío debido a la financiación, el Departamento debería presentar este asunto ante la legislatura.

2. El Departamento debería denunciar a aquellos proveedores de tratamiento de dependencia de estupefacientes que no presenten informes a las autoridades competentes de supervisión y certificación de conformidad con el reglamento WAC.

Dinámicas y funcionamiento de la familia

Hechos:

- El comportamiento de Rafael se deterioró bajo el cuidado de sus padres: comportamientos que no observaron los otros cuidadores, es decir, padres suplentes y proveedores de cuidado de niños, sino que fueron informados exclusivamente por sus padres. Las personas que visitaron el hogar observaron comportamientos normales de un niño de la edad de Rafael, como así también comportamientos más inusuales y posiblemente sintomáticos de una depresión infantil y/o una lesión infligida en la cabeza. Estos síntomas incluyen dormir excesivamente, hasta 16 horas por día a los dos años de edad.
- La madre constantemente indicaba que Rafael tenía problemas neurológicos y describió comportamientos nunca vistos en el hogar suplente, en dos entornos de cuidado de niños previos ni por profesionales que visitaron el hogar. Estos comportamientos incluían comer heces, golpearse la cabeza, atragantarse, rascarse obsesivamente y morder. La madre manifestó su frustración para manejar y controlar tales comportamientos.
- La capacidad de la familia para interactuar con otros, buscar recursos y mantener un hogar limpio y ordenado aparentó mostrar una clara diferencia con la de otras familias que los profesionales consideran que están involucradas con estupefacientes. Esta diferencia influyó sobre los proveedores y el Departamento para ver a los padres de manera positiva y apoyar una evaluación superficial de la familia.
- La madre tenía una función dominante en la familia, era el contacto primario y la fuente de información para los proveedores. La función del padre en la familia dio la impresión de ser secundaria.

Proveedores de servicio

Hechos:

- El Comité determinó que a pesar de que ambos padres se sometieron a evaluaciones psicológicas, el evaluador no examinó específicamente el potencial de los padres hacia la violencia, como así tampoco hubo un pedido por parte del asistente social de CWS para que

se trate dicho potencial. Se observó que el Departamento no cuenta con un protocolo definido de evaluación de riesgo hacia la violencia; no obstante, existen protocolos para evaluaciones psicológicas, psicosociales y desviaciones sexuales.

- Actualmente, el idioma contractual define las evaluaciones psicosociales exactamente igual a las evaluaciones psicológicas; sin embargo, la pericia de los proveedores es diferente. Se requiere que los proveedores de evaluaciones psicológicas cuenten con una certificación estatal, no así los proveedores de evaluaciones psicosociales.
- El evaluador psicosocial no consideró los hechos de su propia evaluación realizada con la madre, la cual indicaba que ella era impulsiva, con cambios de ánimo y problemas de ira; todos problemas graves de salud mental que podrían colocar bajo riesgo a los niños. La madre también expresó sentirse estresada por la crianza de Rafael y no existe indicio alguno de que se haya prestado atención a este asunto.

En lugar de derivar a la madre a un tratamiento para resolver estos problemas, el evaluador psicosocial la derivó a un proveedor de servicios de preservación familiar (FPS) que trabajaba en la misma agencia. Esta derivación se considera inapropiada y el servicio brindado por FPS inadecuado para la severidad de los problemas de la madre, conforme lo descrito por el evaluador.

- El proveedor FPS demostró un prejuicio en favor de los padres y no llegó más allá del nivel superficial de servicio con la familia.
- Se le pidió al evaluador psicosocial que formule sus recomendaciones respecto de la reunificación de Rafael con sus padres y lo hizo sin revisar la documentación ni solicitar información adicional. En vez de eso, recomendó que Rafael regrese al hogar debido a preocupaciones sobre trastorno de apego reactivo. Luego de una revisión de la pericia del proveedor, no queda claro si el evaluador está calificado para formular esta recomendación ni cómo llegó a esta conclusión.

Recomendaciones:

1. Las derivaciones a los proveedores de servicio realizadas por los asistentes sociales del Departamento deberían incluir siempre la información más relevante como así también la documentación de origen para su revisión por parte del proveedor. Se deben desarrollar protocolos para los asistentes sociales, los cuales reflejen la documentación de origen que debería proporcionarse respecto del servicio que se está solicitando.^{9[9]}
2. Cuando se solicite una revisión o consulta de un proveedor externo, se debería utilizar una sola fuente para que revise toda la información. Luego, esta consulta debería estar disponible por altavoz en caso de que se necesite dicha información para las reuniones del CPT u otras.
3. El Departamento debería aclarar la distinción entre evaluaciones psicosocial y psicológica y asegurar que los asistentes sociales y los supervisores comprendan la diferencia que existe

^{9[9]} El informe del Comité de Justicia Igualitaria sobre Dependencia y Terminación, página 10

entre ambas, de modo que puedan realizar elecciones mejor fundadas sobre la evaluación que recomiendan.

4. El Departamento necesitaría contratar a proveedores calificados para una evaluación del riesgo de violencia (VRA) específica en los casos en que las lesiones a niños sean un elemento del caso. El contenido de VRA debe definirse en el contrato con pruebas o instrumentos específicos identificados. Ésta debe actualizarse o revisarse anualmente. El Departamento necesitará determinar la pericia del proveedor específico para los contratistas que proporcionen las VRA.
5. El Departamento debería eliminar la opción de auto derivación a un contratista.
6. Se debería solicitar una capacitación anual para los proveedores de servicio sobre evaluación de seguridad y riesgo, y se debería dejar constancia por escrito de dicha capacitación en los contratos con los proveedores de servicio.

Equipo de Protección del Menor

Hechos:

- La oficina de Moses Lake tiene cuatro CPT, uno de ellos que se especializa en temas culturales se denomina CART, Equipo de evaluación del entendimiento entre culturas. Se utilizó CART CPT para dotar de personal al caso Gomez. El caso Gomez estuvo a cargo del personal del CPT en cinco oportunidades diferentes.
- Las reuniones del CPT en Moses Lake duran una hora, durante la cual se evalúan de tres a cuatro casos. Bajo esta estructura, las reuniones de personal tienen un alcance limitado y los miembros del CPT no cuentan con el tiempo suficiente para revisar la información del caso, escuchar cada presentación y elaborar las respectivas recomendaciones.
- El personal del CPT está conformado por voluntarios cuya participación es variable. Aunque los miembros de los equipos en Moses Lake están comprometidos con el proceso y se los alienta a asistir regularmente, en el caso Gomez los miembros que asistieron a las reuniones no fueron siempre los mismos. Este hecho hizo difícil que los miembros tuviesen una comprensión cabal de la historia familiar, incluido el progreso o la falta del mismo en el tratamiento de dependencia de estupefacientes, e información sobre los exámenes clínicos o evaluaciones que apoyarían o desaconsejarían una decisión de reintegrar a Rafael al hogar de sus padres.
- Las notas del caso y las entrevistas reflejan que los profesionales del Departamento que trabajaron en el caso con el CPT enfatizaron que la reunificación de Rafael y su familia fue la razón principal de la reunión.
- El CPT que escuchó el plan de reunificación en febrero de 2003 no estuvo de acuerdo con el plan y recomendó que un experto revisara la documentación médica con anterioridad a la

reunificación. Se programó una reunión de seguimiento del CPT para volver a evaluar el caso en cuanto finalizara la revisión de la documentación médica.

- La reunión de seguimiento del CPT en marzo de 2003, luego de la revisión de la documentación médica por parte del experto, no incluyó a dos de los miembros del CPT que no estuvieron de acuerdo con el plan de reunificación presentado en la reunión de febrero de 2003. El CPT desconocía que Rafael ya había vuelto a su hogar y que el Tribunal les había cedido su decisión sobre la reunificación. No se le informó al CPT que había una investigación policial abierta por las lesiones que sufrió Rafael en diciembre de 2002. Tampoco está claro que se haya compartido con el CPT la revisión médica del experto de una manera fiel y objetiva.

Recomendaciones:

1. El Comité está preocupado por los errores graves en el sistema del CPT en Moses Lake y recomienda una evaluación estatal del proceso del CPT por un equipo multidisciplinario que incluya voluntarios de la comunidad externos e internos. El equipo debería evaluar los siguientes elementos que este Comité cree tienen efectos directos sobre el funcionamiento y la eficacia generales del CPT.
 - Afiliación multidisciplinaria, incluida la participación de CDP
 - Presentación de caso y distribución de los documentos de origen con CPT
 - Reuniones para tratar los casos y continuidad de los equipos y los miembros en las reuniones subsiguientes
 - Variabilidad de la participación de los miembros del CPT
 - Nombramiento de un "analista crítico"
 - Invitación e inclusión de los proveedores de servicio, padres suplentes y el GAL
 - Asignación de tiempo y formato de las reuniones sobre los casos
 - Clarificación del papel que le corresponde al miembro del CPT
 - Resolución de disenso o desacuerdo entre los miembros del CPT sobre las recomendaciones

Las siguientes recomendaciones destacan asuntos relacionados con los elementos enumerados anteriormente.

2. Los asistentes sociales deberían proporcionar copias de las derivaciones, evaluaciones y cualquier información pertinente de CPS relacionados con el caso que se está tratando. El personal del CPT debería estar plenamente informado de todas las circunstancias, servicios y tratamientos provistos, con informes sobre los avances por parte de los proveedores, recomendaciones y evaluaciones de los proveedores contratados y no contratados del Departamento. Tal información debe proporcionarse a los miembros del CPT con anterioridad a las reuniones del CPT, de modo que los miembros puedan tener tiempo de absorber y asimilar la información sobre la cual van a fundamentar sus recomendaciones.
3. Los empleados de CA no deben ser miembros del CPT.
4. El Departamento debería asegurar que los padres suplentes estén invitados a participar cuando el CPT se ocupa de casos de niños que viven en sus hogares. Los padres suplentes

deben recibir la debida notificación de la hora y el lugar de la reunión del CPT de modo que puedan acomodar sus horarios según sea necesario para poder asistir.

5. El Departamento debe asegurarse de que cuando un niño tiene un GAL, ese GAL reciba la debida notificación y sea invitado a la reunión del CPT.

Sistema judicial

Hechos:

- Los padres estuvieron de acuerdo con una dependencia (b) y (c)^{10[10]} de Rafael en la audiencia de cuidado en albergue durante 30 días del 09/11/01. Al manifestar su acuerdo, aceptaron que habían abusado o descuidado a Rafael y que ya no eran capaces de proporcionarle la atención adecuada.
- El caso tuvo las revisiones legales regulares que se requirieron y, con la excepción de la audiencia de planificación de la permanencia definitiva, cada una de las revisiones produjo una orden acordada sin una audiencia en sala, nunca se presentaron pruebas, y ningún oficial judicial escuchó alguna vez argumentos sobre la seguridad de Rafael, el progreso de los padres o la planificación de la reunificación.
- En febrero de 2003 el Tribunal, sin haber escuchado ninguna objeción más que la que ofrecieron los padres suplentes por medio de correspondencia y fotografías, cedió al personal del CPT la decisión de reunificar a Rafael con sus padres. El juez manifestó que en el CPT estaban los expertos, quienes tienen mejores armas para tomar la decisión de reunificación. De acuerdo con todos los entrevistados, esta es la única vez que el Tribunal ha cedido al CPT tal decisión.
- El juez expresó que la reunificación es el objetivo de los casos de dependencia según lo dispone el estatuto; a menos que haya evidencia o pruebas de abuso, los niños son devueltos a sus hogares.
- El GAL, como empleado del Tribunal Superior del Condado de Grant, expresa que está bajo la supervisión de los jueces del tribunal superior y que éstos no realizan consultas sobre casos de dependencia debido a las condiciones sobre comunicación a instancia de parte. El GAL no cuenta con una supervisión o el apoyo adecuado.
- La cantidad de trabajo del GAL no es manejable. El GAL tiene un conjunto de 50 casos y también supervisa siete voluntarios CASA que llevan de 15 a 20 casos entre ellos.

^{10[10]} “ . . . cualquier niño que . . . (b) sea víctima de abuso o negligencia según se define en el capítulo 26.44 RCW por una persona legalmente responsable del cuidado del niño, o (c) no tenga padres, tutor o guardián capaz de ofrecer un cuidado adecuado para el niño, de modo que el niño se encuentra en circunstancias que constituyen un peligro de daño sustancial al desarrollo psicológico o físico del niño.”

- El GAL estuvo de acuerdo con las recomendaciones del Departamento en cuanto a la reunificación. Aunque expresó preocupación por las reiteradas lesiones, no se opuso al regreso definitivo al hogar y dijo que está de acuerdo con el Departamento "el 95% de las veces" sobre los casos que le corresponden. Expresa que el objetivo del tribunal es la reunificación familiar, incluso cuando las partes no están de acuerdo, y que las recomendaciones de un GAL tienen poca repercusión en el tribunal.
- Los tres jueces del Tribunal Superior en el Condado de Grant rotan cada cuatro meses de tribunal juvenil. Este sistema elimina la oportunidad de continuidad de control judicial, limita la memoria judicial y la familiaridad con el caso y el avance del plan de servicio. Las órdenes acordadas sobre este caso se firmaron en forma secuencial por tres jueces de turno.
- Es habitual que los casos de dependencia en el Condado de Grant se discutan en "debates de mesa redonda" o en una sesión previa al juicio antes de las audiencias. AAG manifiesta que la premisa del estatuto de dependencia es la reunificación familiar y este proceso de acuerdo permite que el plan avance con eficiencia.

Recomendaciones:

Aunque el Comité reconoce que el Departamento no puede cambiar el sistema judicial, el Comité recomienda que el Departamento respalde las siguientes recomendaciones.

1. Los conjuntos de casos de CASA (Court Appointed Special Advocates)/GAL necesitan cumplir las normas establecidas por la Asociación Nacional CASA^{11[11]} y CASA/GAL necesitan una supervisión y apoyo administrativos adecuados según lo recomienda la Asociación Nacional CASA.
2. Los jueces deben recibir capacitación sobre cuestiones de bienestar del niño y práctica de dependencia de parte de la Oficina del Administrador de Tribunales (OAC).^{12[12]}
3. La rotación de jueces debe extenderse en el tiempo para permitir la continuidad del control judicial sobre los casos de dependencia.^{13[13]}
4. Los jueces deben estar alertas a un patrón de órdenes acordadas sin haber sido cuestionadas y considerar el valor de tener una audiencia en sala de modo que la evidencia, las recomendaciones, los servicios acordados y el estado del caso puedan evaluarse a partir de los registros.

^{11[11]} Las normas de la Asociación Nacional CASA especifican que el personal de CASA puede supervisar hasta 30 voluntarios de CASA que llevarán un máximo de dos grupos de niños o hermanos a la vez.

^{12[12]} Informe Fomentar el futuro (Fostering the Future report), página 47

^{13[13]} Informe DTEJC, página 28

Padres suplentes

Hechos:

- Los padres suplentes proporcionaron seguridad, cuidado y protección de un modo constante para Rafael a pesar de no haber recibido capacitación especializada sobre la atención de niños afectados por la droga.
- Rafael tuvo un desarrollo saludable y normal mientras estuvo bajo el cuidado de sus padres suplentes.
- Los padres suplentes no tenían la seguridad de que el asistente social de CWS estuviera tomando en consideración sus preocupaciones sobre la seguridad y el bienestar de Rafael.
- La relación entre los padres suplentes y los asistentes sociales de CWS no mostraba colaboración y se tornó cada vez más complicada por sentimientos de desconfianza. A pesar de estas tensiones, el Departamento confiaba en sus capacidades para cuidar a Rafael y el niño fue colocado con ellos cada vez que volvía a necesitarlo.
- No está claro que los padres suplentes entendieran su papel y la posibilidad que tenían de participar en las evaluaciones del Tribunal. Los padres suplentes indicaron que recibieron uno de los tres ISSP. Las notas del caso reflejan que los ISSP se enviaron con fecha y hora de tribunal adjuntas.
- Las muchas preocupaciones de los padres suplentes sobre los padres biológicos y sus temores sobre los problemas de dependencia de los estupefacientes por parte de los padres fueron interpretados por el Departamento como discriminación cultural.
- Las entrevistas reflejan que el padre suplente realizó declaraciones que el Departamento consideró culturalmente despectivas. Las declaraciones hicieron que el Departamento viera a los padres suplentes en una situación de oposición.
- La relación con los padres suplentes no se utilizó adecuadamente para facilitar y ayudar la comunicación con ellos.
- Los padres suplentes establecieron un lazo de amor y afecto con Rafael. No se les brindó el tiempo y la preparación adecuados para los regresos de Rafael al hogar de sus padres ni se los incluyó en la planificación de la transición. El afecto y preocupación normal y justa que sintieron por Rafael se malinterpretaron como exceso de apego.

Recomendaciones:

1. El Departamento debería dedicarse decididamente al reclutamiento y retención de padres suplentes de origen hispano en la zona del Condado de Grant.

2. El Departamento debería asegurar que los padres suplentes sean invitados, con la debida notificación, a las audiencias de dependencia y que ellos comprendan su derecho de proporcionar información al Tribunal.
3. Los padres suplentes deberían recibir capacitación apropiada antes de que se les pida atender ciertas necesidades especiales o a niños afectados por la droga.
4. El Departamento debería asegurar que las relaciones con los padres suplentes sean visibles y constituyan un recurso conocido por los padres suplentes.

Bibliografía

Dependency and Termination Equal Justice Committee Report (diciembre de 2003). *Washington State Office of Public Defense*. www.opd.wa.gov

Fostering the Future: Safety, Permanence and Well-Being for Children in Foster Care (2004). *The Pew Commission on Children in Foster Care*. www.pewcharitabletrusts.org/

Helfer, M. E., Kempe, R. S., Krugman, R. D. (1999). *The battered child*, 5^{ta} edición. University of Chicago Press.

Munro, E. (2001). Critical Thinking and Decision Making. *London School of Economics*.

Munro, E. (1996). Avoidable and Unavoidable Mistakes in Child Protection Work. *British Journal of Social Work*, 26, 792-808.

National CASA Association Standards for CASA Programs (2002). www.nationalcasa.org
